

ADRIANA BONFIM DOS SANTOS TIMÓTEO

**COMPORTAMENTO SEXUAL, ATITUDES FACE
À SEXUALIDADE E AO USO DO
PRESERVATIVO DOS JOVENS
UNIVERSITÁRIOS**

Orientador: Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e de Ciências da Vida

Lisboa

2015

ADRIANA BONFIM DOS SANTOS TIMÓTEO

**COMPORTAMENTO SEXUAL, ATITUDES FACE
À SEXUALIDADE E AO USO DO
PRESERVATIVO DOS JOVENS
UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o despacho de nomeação de Júri nº 420/2015 com a seguinte composição:

Presidente-Professora Doutora Patrícia Pascoal
. Arguente- Professor Doutor Mauro Bianchi
Orientador: Professor Doutor Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e de Ciências da Vida

Lisboa

2015

Agradecimentos

À Deus primeiramente, pelo amor, cuidado e orientação.

Ao Prof. Doutor Miguel Faria, por gentilmente ter aceitado orientar-me. Agradeço a disponibilidade, a compreensão, as horas de orientação, supervisão, dedicação, atenção e pela partilha dos seus conhecimentos.

Ao Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira, pela escuta atenta, pela sua competência e sempre disponível para nos esclarecer todas as dúvidas.

À ULHT e a todos os docentes pela oportunidade de ensino e de formação.

À minha família, em especial a minha mãe.

Ao meu esposo pela compreensão, cuidado, carinho, admiração, amor e dedicação durante todos os anos não só no percurso académico.

A todos que, de algum modo, contribuíram para que a elaboração deste trabalho fosse uma realidade, especialmente aos professores e alunos que aceitaram dar seu contributo na recolha de dados para a elaboração deste trabalho.

A todos vós, o meu eterno agradecimento!

Resumo

Neste trabalho, pretendemos investigar os conhecimentos, comportamentos e atitudes face à sexualidade e uso do preservativo dos estudantes universitários. Participaram no estudo 145 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos distribuídos de forma equivalente entre os dois sexos, sendo 67 do sexo masculino e 78 do sexo feminino, com uma média de idade de 23.33 anos (DP=3.72), na Universidade Lusófona de Ciências e Humanidades, situado no Campo Grande em Lisboa. Para o inquérito foi construído um protocolo formado por três instrumentos, um questionário sociodemográfico e da Historia Sexual, Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo e a Escala de Atitudes Sexuais. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente ao prazer sexual associado ao uso do preservativo, assim como ao embaraço na compra e na negociação. Já os homens evidenciam uma atitude mais negativa na fiabilidade, eficácia e prazer sexual atribuído ao preservativo, enquanto as mulheres consideram que pode-se tirar partido da utilização do preservativo.

Palavras-chave : Jovens Universitários; Atitudes; Preservativos

Abstract

In this work, we intend to investigate the knowledge, behaviors and attitudes towards sexuality and condom use of college students. Participated in the study 145 subjects of both genders, aged between 18 and 41 years distributed equivalently between the two genders, being 67 male and 78 female, with an average age of 23:33 years ($SD = 3.72$), the Lusophone University of Humanities and Sciences, located in Campo Grande in Lisbon. For the survey was constructed a protocol consists of three instruments, a sociodemographic questionnaire and Sexual History, Multidimensional Scale of Attitudes Toward the Use of Condoms and Sexual Attitude Scale. The results showed statistically significant differences between the genders in relation to sexual pleasure associated with condom use, as well as the embarrassment in purchasing and negotiation. Already the men show a more negative attitude on the reliability, efficiency and sexual pleasure attributed to condoms, while women believe that one can exploit the use of condoms.

Keywords: college students; Attitudes; condoms.

Lista de Abreviaturas

APF- Associação para o Planeamento da Família

DST- Doença Sexualmente Transmissível

SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

EAS -Escala de Atitudes Sexuais

EMARUP -Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo

OMS- Organização Mundial da Saúde

UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale

ULHT- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Índice

Introdução	9
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1 Sexualidade.....	12
1.2 Comportamento	15
1.3 Comportamento Sexual Humano	15
1.4 Comportamento de Risco	18
CAPITULO 2 – ATITUDES.....	23
2.1 As Atitudes.....	24
2.2 Diferentes tipos de atitudes face à sexualidade	25
CAPITULO 3- ATITUDES FACE AO USO DO PRESERVATIVO DOS JOVENS	29
3.1 Conhecimentos e Atitudes face ao Uso do Preservativo dos jovens	30
3.2 Estudos Relacionados com a Temática	32
CAPITULO 4 – METODOLOGIA.....	37
4.1 Objetivos e Hipóteses:.....	38
4.2 Participantes.....	38
4.3 Medidas/Instrumentos.....	41
4.4 Questionário Sociodemográfico	41
4.5 Questionário da Historia Sexual	41
4.6 EMARUP (Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo)	42
4.7 EAS (Escala de Atitudes Sexuais)	43
4.8 Procedimento	44
CAPÍTULO 5 : APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
5.1Diferença de médias das dimensões em estudo.....	47
5.2Correlações.....	47
5.3. Discussão dos resultados	52
Anexo I: Carta do pedido de autorização às instituições	i
Anexo II: Consentimento informado	iii
Anexo III: Protocolo de avaliação	iv

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

Tabela 2- Uso do preservativo nos últimos seis meses

Tabela 3- Frequência de consultas de planeamento familiar e uso de métodos contraceptivos por sexo

Tabela 4- Diferença de médias nas variáveis estudadas por sexo

Tabela 5- Correlação entre variáveis estudadas

Tabela 6- Correlação entre variáveis estudadas por sexo

Introdução

Este estudo surgiu devido à necessidade de entender, o que leva os jovens a usar ou não um preservativo e suas atitudes face ao mesmo.

Histórica e socialmente a juventude tem sido encarada como uma fase de vida marcada por uma certa instabilidade, associada a determinados problemas sociais. Os jovens precisam esforçarem-se mais para contornar estes problemas, senão correm o risco de serem apelidados de “irresponsáveis ou desinteressados” Evidentemente há muitas mudanças psicológicas que acompanham todo o processo de crescimento. Estas abrangem a maturidade progressiva das atitudes e comportamentos sexuais que permitem ao jovem constituir a sua própria família e adquirir competências, que lhes permitirão tornar-se um membro activo da sociedade adulta. (Pais,1998).

No entanto, as mudanças trazidas pelos anos 60 e 80, com profundas alterações do papel da mulher na família, o desenvolvimento da contracepção e o aumento do número de divórcios, fizeram com que actualmente os jovens encarem o amor e a sexualidade de forma bem diferente. Assiste-se cada vez mais a um aumento da actividade sexual entre os jovens bem como um decréscimo da idade da primeira relação sexual. Estes, por sua vez deixaram de associar a sexualidade ao casamento e a procriação, passando assim a assistir-se a uma sociedade mais permissiva em relação à sexualidade juvenil. (Vilar, 2003a)

Os jovens encontram-se entre os grupos de risco mais elevados, tanto nas gravidezes indesejáveis, quanto nas doenças sexualmente transmissíveis. Os preservativos raramente seriam usados pelos mesmos apesar de terem conhecimento da SIDA e os modos de transmissão VIH. Tal situação pode ser explicada pelo facto de os jovens ainda apresentarem um comportamento errado em termo de prevenção sexual (Neto, 2002).

Diante disto, os estudantes universitários podem ser caracterizados como um grupo merecedor de especial atenção, devido ao seu momento evolutivo, de transição da adolescência para a idade adulta, e vivenciando uma etapa de adaptação a novas exigências e desafios do contexto do ensino superior (Polydoro, 2000).

Assim nesta investigação optou-se por jovens universitários, porque, no ingresso do ensino superior, estes são confrontados com inúmeros estímulos e desafios bastante significativos, como a saída de casa, a separação da família e dos amigos e as exigências do novo contexto universitário. Esta transição é acompanhada

por expectativas positivas em relação à sua futura experiência académica e alguma discordância entre estes sentimentos e pensamentos, as suas vivências e o que a universidade efectivamente pode oferecer. Esta fase representa o fim da adolescência e a entrada na vida adulta. (Cunha e Carrilho, 2005).

Neto diz-nos que quando um jovem sai de casa para dar início a outro percurso da sua vida, quer seja o ingresso na universidade, quer seja para trabalhar, as suas atitudes tendem a sofrer mudanças pela necessidade de se adaptar, de fazer parte de determinado grupo. No entanto, segundo o mesmo autor, os pais, os colegas e os grupos de referência não são os únicos factores que contribuem na formação de atitudes. Actualmente, e cada vez mais os meios de comunicação social, principalmente a televisão e a internet, tem um poder significativo na formação de atitudes, sobretudo nos jovens (Neto, 1998).

Diante do exposto torna-se importante perceber como se têm expressado as mudanças nos comportamentos e atitudes dos jovens no campo da sexualidade. Assim, é nosso objectivo explorar as razões que estão por detrás da não utilização do preservativo e a influência destas atitudes nas práticas sexuais.

O trabalho está dividido em várias partes. A primeira parte está dividida em três capítulos. No primeiro capítulo será feito um enquadramento teórico, abordando o comportamento sexual humano e os riscos associado aos comportamentos de risco. O segundo capítulo incide sobre a questão mais geral das atitudes e o terceiro capítulo aborda os conhecimentos e atitudes face ao preservativo.

Posteriormente será descrita a metodologia onde são descritos os objectivos e hipóteses, participantes, medidas e procedimento. Numa terceira parte serão analisados os resultados da investigação, seguindo-se a discussão dos mesmos. Por fim, será feita uma conclusão geral sobre o trabalho.

As normas aqui presentes, nomeadamente nas citações e referência bibliográfica, assim como, na contextualização teórica e tabelas foram delineadas de acordo com *American Psychological Association* (APA), adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Sexualidade

A sexualidade foi considerada durante séculos algo vergonhoso e misterioso, e por isso, a sua definição não é fácil, já que o Homem é um ser sexuado e a sexualidade mediatiza todo o nosso ser. (Lópes & Fuertes, 1999, pp 07).

Sempre que perguntamos às pessoas o que se entende por sexualidade, há uma tendência para de imediato definir o que é sexo, pois a primeira palavra que vem como resposta é penetração. A sexualidade tem uma componente ou base biológica centrada no corpo sexuado, no desejo, na atracção sexual e no estímulo erótico. Temos um corpo sexuado, para responder a determinados estímulos e consequentemente desenvolver determinadas respostas a estes estímulos, a nível genético, fisiológico, anatómico e hormonal. Enfim, todo o nosso corpo é sexuado nas suas estruturas e funções (Lópes & Fuertes, 1999).

A sexualidade é um aspecto central dos seres humanos ao longo da vida e engloba o sexo, o género, identidade, papel de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e a reprodução (Vilar, 1999).

O sexo refere-se às características biológicas que definem os machos e fêmeas, humanos ou de outra espécie qualquer. Daí muitas vezes a designação do sexo, feminino ou masculino, para fazer referência aos órgãos genitais, ou ainda para referir uma série de comportamentos humanos relacionados com a sexualidade, nomeadamente a copula e a masturbação (Alferes, 1997). No senso comum, sexo é muitas vezes usado como significando actividade sexual (penetração), mas para efeitos práticos, esta definição é preferível (OMS).

Na sexualidade existe todo um processo de aprendizagem quotidiana, espontânea e ocasional, o qual se constrói através da percepção de atitudes que os vários intervenientes (pais, família, amigos, professores, os media, etc.) produzem face aos acontecimentos e atitudes sexuais. Esta aprendizagem não se restringe apenas à infância e adolescência, mas prolonga-se através de toda a vida adulta. Por outro lado, tão importantes quanto este processo de transmissão de valores são as próprias experiências de relacionamento íntimo que poderão ou não promover uma atitude positiva e saudável face a própria sexualidade (Frade et al., 2006).

Deste modo, a sexualidade vai muito além da anatomia ou fisiologia humana, uma vez que na resposta sexual de cada um intervêm factores como a identidade, a orientação sexual, a personalidade, pensamentos e sentimentos moldados pelas

relações que estabelecemos. No entanto, ao longo dos anos, a sexualidade, ou melhor dizendo, o modo como a vivenciamos, vai se modificando. Assim, pode-se dizer que a sexualidade é um conceito com várias dimensões e múltiplas funções. Ela integra o conhecimento, as atitudes, os valores e os comportamentos sexuais dos indivíduos, sendo influenciada por factores de natureza ética, espiritual, cultural e moral (Vilar, 1999).

A sexualidade pré-matrimonial, sobretudo a feminina, é ainda objecto de alguma controvérsia, uma vez que para alguns a sexualidade é considerada como parte fundamental das relações interpessoais, enquanto para outros, se trata de algo reservado ao contexto de uma relação de compromisso. No entanto os rapazes têm vindo a dar mais atenção à qualidade afectiva das relações, existindo actualmente indicadores sociais que demonstram que entre os jovens, as atitudes e o comportamento em relação à sexualidade têm vindo a ser mais positivos (Nodin, 2001).

Deste modo, o estar informado, quer se seja jovem ou já adulto, permite por um lado fomentar esta atitude positiva face a sexualidade, fazendo com que a qualidade afectiva das relações sexuais assuma cada vez maior importância, e por outro, ajuda a evitar as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), nomeadamente a SIDA, a gravidez indesejada ou o aborto, através da adopção de comportamentos inteligentes e responsáveis, que passam por uma sexualidade segura e gratificante. (Frade et al., 2006)

No sentido de melhorar a saúde sexual dos jovens, é essencial entender as especificidades destas faixas etárias, a complexidade que envolve uma temática tão ligada à intimidade e que se traduz por comportamentos sexuais diferentes de indivíduo para indivíduo (Lucas, 1993).

Temos assistido nas últimas décadas ao reconhecimento de um pluralismo comportamental expresso na ideia de que todos os comportamentos sexuais são aceitáveis, desde que seus protagonistas o desejarem (Lopes e Fuertes, 1997).

Weeks refere-se a esta ideia de diversidade nos seguintes termos:

“Parece já não existir um grande continente de normalidade, cercado de pequenas ilhas de desordem. Em vez disso, testemunhamos grandes arquipélagos de ilhas grandes e pequenas, que parecem estar em constante movimento umas em relação às

outras, cada uma com a sua vegetação e geografia únicas” (Weeks, 1995,p.80).

Deste modo, o modelo reprodutivo que limitava moralmente as expressões da sexualidade aos campos das práticas reprodutivas do matrimónio e da heterossexualidade deu lugar a um modelo “recreativo”, em que a sexualidade é vista essencialmente como uma dimensão lúdica da vida, sendo esta dimensão lúdica entendida no seu sentido mais global, ou seja, não só com a necessidade de satisfação física, da “fome sexual” ou da descarga energética de que nos falavam Freud, mas também como um campo de expressão da totalidade humana: corpo, emoções, desejos, fantasia, significações e relacionamentos (Vilar, 2003a).

As formas como se articulam a sexualidade, a conjugalidade e o amor romântico podem ser muito diversas, podendo mesmo estas dimensões da intimidade não se articular, pelo menos nas suas expressões mais duradouras ou institucionalizadas. Nesta perspectiva, a condição matrimonial é apenas um dos contextos possíveis para a expressão da sexualidade, mas não o único, nem o preferencial (Vilar, 2003a).

No entanto, a baixa da natalidade, que é um fenómeno comum em todas as sociedades ocidentais nas ultimas décadas, a par da crescente utilização dos métodos contraceptivos, mostram que na esfera conjugal reprodução e sexualidade só se confundem por curtos períodos de tempo e se os parceiros assim o desejarem. Na maior parte do tempo, o relacionamento sexual é fundamentalmente lúdico e nada tem a ver com o desejo de maternidade ou paternidade. (Vilar, 2003b).

A sexualidade humana, não tem destinos prefixados, sendo diferente dos animais que já nascem pré-programados e quase não mudam no decurso da história. É também entendida como uma dimensão presente nos dois sexos e não exclusiva ou predominantemente do sexo masculino Freud (2001).

Segundo Zani (1991), há uma convergência intergéneros em termos de comportamento e atitudes, embora esta convergência não implique uma fusão de significados ou motivos, uma vez que tanto a sexualidade masculina quanto a feminina assume formas diferenciadas e não padrões claramente identificáveis ou típicos de cada um dos géneros. Mais do que a semelhança é a diversidade que é constatada. Por outro lado as práticas sexuais são crescentemente mais aceites em

termos sociais não só entre os dois sexos, mas entres pessoas do mesmo sexo (Zani,1991,cit. in Vilar, 2003a).

Apesar de a sexualidade ser um conceito universal, já que todos os seres humanos são seres sexuais, não deixa por isso de ser alvo de interpretações, avaliações e análises muito díspares. Parece mesmo ser a área mais controversa do comportamento humano, já que na verdade, cada pessoa faz a sua aprendizagem da sexualidade e da relação sexual de maneira muito própria. E como já foi referido anteriormente, a sexualidade mediatiza todo o nosso ser, e não só, é, também mediatizada pelo que somos (Vilar, 2003b).

1.2 Comportamento

De acordo com Moscovici, para melhor compreender o funcionamento do comportamento humano e o modo como os sujeitos se agrupam, é necessário considerar sempre, em conjunto os afectos, as condutas, a sua organização, a forma como partilham crenças, atitudes, valores, perspectivas futuras e experiências sociais (Moscovici,2003, cit. por Coutinho, 2004).

Já o comportamento sexual vai muito além disso, uma vez que é importante a consciência que a pessoa tem do que está a fazer, do que faz com a experiencia do seu comportamento e também o valor atribuído a esses comportamentos. Daí a diversidade de comportamentos e atitudes sexuais que, de acordo com a época, a cultura e as especificidades individuais têm sido experienciados pelos indivíduos. (Foucault, 1993).

Assim, o comportamento sexual, não se reduz, como muitas vezes se supôs, a uma satisfação de desejos, derivados de instintos naturais e condicionado por normas permissivas ou restritivas, determinando o que devemos ou não fazer (Foucault, 1993).

1.3 Comportamento Sexual Humano

Já vimos que o comportamento sexual humano é um conjunto complexo de atitudes e posicionamentos que variam com o passar das gerações. Também pode ser considerado como o resultado de diversas variáveis biológicas, da dimensão psicológica de cada individuo e dos aspectos culturais que o mesmo está envolvido. Esta complexidade permite que o seu estudo se desenvolva como área de conhecimento autónoma, possibilitando o aparecimento de análises distintas. Actualmente, e acompanhando o avanço científico, especialmente ao nível da medicina, a educação sexual nas escolas, tratada de forma científica, sem interferência

de crenças ou religiões, os indivíduos estão sendo mais esclarecidos e orientados para questões como o controle da natalidade, a gravidez precoce em adolescentes, o planeamento familiar e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), (Lopés e Fuertes, 1999).

Independentemente da forma como as pessoas se encontram, afectos e sexualidade evocam-se, mediatizam e condicionam-se. A actividade sexual entre duas pessoas depende, por vezes até nos pequenos detalhes, dos afectos, já que evidentemente, não é o mesmo ter relações sexuais unicamente a partir do desejo ou fazê-lo a partir do enamoramento. O objecto de desejo tem um valor secundário e é passível de ser trocado, enquanto o enamoramento tem um valor que ultrapassa o próprio interesse e é único (Vilar, 2002).

As formas de viver a sexualidade são muito diferentes de pessoa para pessoa. No entanto, a mediação afectiva está sempre presente de algum modo e muitas pessoas, especialmente as mulheres, não encontram sentido na actividade sexual se esta não se inserir num determinado contexto afectivo e de comunicação. A importância que se dá a esta mediação afectiva pode ser de tal ordem que impeça, condicione ou potencie, segundo os casos, o desejo, a excitação e a satisfação sexuais. Também outros afectos não relacionados directamente com a sexualidade, têm uma importância decisiva nesta, uma vez que se sabe que a ira ou o aborrecimento limitam claramente o desejo sexual, enquanto por exemplo a ansiedade dificulta a vaso congestão dos órgãos genitais. Por estas razões, as preocupações e tensões, por um lado, e os conflitos do casal, por outro, podem inibir ou dificultar a resposta sexual. Já a alegria, o bem-estar e os afectos positivos em geral favorecem o interesse e o bom funcionamento sexual (Lopés e Fuertes. 1999).

Outro aspecto a considerar é que o comportamento sexual do individuo e a sua regulação social estão muito condicionados pelas capacidades mentais do sujeito e pela linguagem que o seu meio e o próprio sujeito utilizam. O vocabulário relativo à sexualidade numa determinada sociedade define, em grande medida, a forma de a vivenciar. Se a visão da sexualidade for considerada algo baixo, sujo, feio, impuro ou perigoso, os indivíduos terão dificuldade em aceitá-la com naturalidade (Giddens, 2002). Também as crenças sobre o significado dos estímulos sexuais, as expectativas referentes às consequências de determinados comportamentos e as fantasias sexuais desempenham um papel decisivo, sendo disso exemplo as crenças sobre os contraceptivos ou a consciência dos riscos que acompanham as relações sexuais com

pessoas muito promíscuas (Nodin, 2005). Outro factor importante é o juízo moral sobre os comportamentos sexuais, já que determinados comportamentos sexuais são considerados moralmente inaceitáveis por uns, que procuram por isso evitá-los, enquanto outros os consideram legítimos, não encontrando razões que os levem a recusá-los (Vilar, 2003b).

Também é de se referir a importância que os processos biológicos desempenham no comportamento sexual, uma vez que o nível de testosterona (hormona relacionada directamente com o desejo), o estado de saúde ou de doença, a fadiga ou bem-estar, a maturidade e a capacidade de resposta de todo o sistema fisiológico sexual, condicionam o desejo, a excitação e os comportamentos sexuais. Estes factores podem fazer com que o individuo tenha um ou outro nível de excitação sexual, assim facilitando ou inibindo a resposta sexual (Quartilho, 2003).

Embora existem diferenças importantes e naturais entre interesses e experiências sexuais entre homens e mulheres, o desejo de excitação sexual e o orgasmo existem no interior de todos os indivíduos (Quartilho, 2003).

Portanto, as consequências do comportamento sexual humano influenciam todo a sequencia descrita anteriormente. Se as consequências negativas do comportamento sexual são repetidamente negativas, os estímulos que o provocam podem perder o seu valor erótico, e esse comportamento será evitado, porque os elementos mediadores terão presentes as consequências e assim tirarão as conclusões oportunas ao longo de todo o processo. Se por outro lado, as consequências comportamentais são positivas, será muito mais provável que se repita (Nodin, 2005)

Todos estes factores, afectivos, cognitivos e biológicos interagem entre si, mediatizando os comportamentos sexuais que os indivíduos têm perante determinados estímulos. É tão complexa a sua interacção que nem sempre é fácil predizer o que fará cada pessoa, o que não invalida que muitas vezes, em numerosos indivíduos, estes factores estejam tão definidos e seja tão coerente a interacção entre eles que se pode dizer, com algum grau de segurança, qual será o seu comportamento. Assim, estar consciente destas mediações e analisá-las detalhadamente e com o maior rigor possível, permite-nos compreender melhor o comportamento sexual humano e quando tal não é possível, orienta-nos para as possíveis causas explicativas. (Lopés e Fuertes. 1999). Deste modo, o comportamento sexual sujeita-se a uma interpretação individual e, obviamente, esta interpretação irá provocar uma variação nas respostas.

Nesta visão, e como consequência destes e outros factores, a fecundidade é menos reconhecida e a prática de actividade sexual desde que se evite a gravidez é cada vez mais aceite. É claro que podemos dizer que a sexualidade é sempre regulada em algum grau pela sociedade, e que esta regulação está sujeita a mudanças históricas, demográficas, culturais e económicas (Giddens, 2002).

Homens e mulheres aproximam-se na importância que dão a vários comportamentos sexuais, ainda assim os homens dão mais valor ao coito, a manipulação dos genitais, ao contacto oro genital e ao orgasmo. As mulheres valorizam mais carícias, abraços e beijos e a comunicação verbal (Filipe, 2012).

Apesar do enfoque sobre as dimensões relacionais e emocionais da sexualidade, é inevitável que se tenha que abordar a questão do risco, uma vez que muitos aspectos considerados importantes para a intervenção, encontram-se associados a comportamentos ou situações nos quais os indivíduos se encontram envolvidos e que podem afectar o seu bem-estar (Nodin, 2005).

Segundo o autor há que tomar em consideração a valorização, positiva ou negativa, que é atribuída a um dado objecto ou situação, sendo também importante ter em consideração factores de percepção de vulnerabilidade de cada individuo face à ocorrência de algo considerado negativo para a sua saúde, como seja contrair uma IST. Ainda que muitas vezes se considere que correr riscos implica uma decisão voluntária por parte do individuo, a verdade é que neste envolvimento, mesmo sendo de acção voluntária, muitas vezes existe um desconhecimento ou subestimação do risco envolvido (Nodin, 2001).

1.4 Comportamento de Risco

O estudo do risco no contexto das ciências comportamentais encontra-se fortemente associado ao aparecimento do SIDA, nas décadas de 80 e 90, sobretudo a partir do momento que o vírus começa a ganhar visibilidade em termos sociais e que foram empreendidos os primeiros esforços de prevenção para o travar. Inicialmente o vírus da imunodeficiência humana foi identificado e afectou em maior proporção certos grupos com características bastante precisas, como o dos homossexuais masculinos, prostitutas e toxicodependentes. Assim, e de uma forma muito rápida, se criaram estigmas e surgiu a ideia de que só os indivíduos pertencentes a estes grupos poderiam contrair a doença. De certo modo, esta ideia foi reforçada pela comunidade científica através da veiculação que existiam “grupos de risco”, pretendendo designar

grupos populacionais que, pelas suas características e comportamentos, estariam mais expostos à infecção pelo VIH (Nodin, 2005).

Este raciocínio quanto à noção de grupos de risco teve consequências desastrosas ao nível da prevenção, uma vez que ao estigmatizar a doença, limitando-a a determinados grupos, fez com que todos os que não se considerassem pertencentes a esses mesmos grupos se sentissem invulneráveis à doença. No entanto, a partir da década de 90, o padrão epidemiológico começou a alterar-se, ocorrendo cada vez mais um aumento de infecções em mulheres e homens heterossexuais, padrão que perdura nos dias actuais (Nodin, 2005).

A maior parte dos riscos situam-se ao nível da gravidez indesejada, da interrupção voluntária da gravidez, contrair o VIH/SIDA, entre outras ISTs, que podem comprometer o projecto de vida ou ate mesmo a própria vida dos jovens. A prevalência destes riscos tem vindo a aumentar, em particular nos jovens adultos, constituindo um grave problema de saúde pública (Matos et al, 2010). Além dos riscos citados anteriormente, existem outros problemas que constituem actualmente o padrão comportamental de risco característicos dos jovens adultos, o que coloca em causa a sua saúde sexual, como por exemplo a antecipação da primeira relação sexual, o uso inconsistente de métodos contraceptivos, o número elevado de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e associação entre consumo de álcool ou drogas.

O início da vida sexual, ou seja, a primeira vez de ocorrência de relações sexuais, pode constituir um factor de risco, na medida em que por parte do sujeito pode haver informações insuficientes ou incorrectas em relação às práticas sexuais seguras. Tentar perceber quando e em que circunstâncias os indivíduos iniciam a sua vida sexual é determinante para melhor intervir ao nível da prevenção de comportamentos sexuais de risco, sobretudo na adolescência, fase caracterizada por diversas mudanças (Nodin, 2005).

No Brasil, um estudo realizado com dez mil jovens, constatou-se que 66,5% dos jovens inquiridos tiveram a primeira relação sexual até aos 16 anos de idade (Abromavay, Castro e Silva, 2006). Já em Portugal, cerca de 23% da população jovem inicia-se sexualmente com menos de 16 anos e cerca de 24% destes jovens não utilizam os contraceptivos de forma consistente (Nodin, 2004). Cossernelle (2007) considerou alarmante a percentagem de adolescentes (10,3%), na faixa dos 15-18 anos, que utilizam o coito interrompido como método contraceptivo. De acordo com o

autor, 60% das adolescentes fizeram uso da contracepção de emergência, sendo que 20% fez uso da mesma mais de uma vez.

Em Portugal 31% dos homens e 17,4% das mulheres a frequentarem o ensino superior, referem ter tido a sua primeira relação sexual até aos 16 anos de idade, com os homens a emancipar-se sexualmente mais cedo que as mulheres. Ainda de acordo com este estudo, apenas 74% dos jovens assumem ter tido o início da primeira relação sexual por mútuo acordo, o que demonstra que um quarto dos jovens tem relação por acaso, por iniciativa do outro ou por se sentir pressionado (Filipe, 2012).

O relacionamento com mais de dois parceiros num período de seis meses é também um factor de risco acrescido, já que um maior número de parceiros sexuais expõe o sujeito a uma maior probabilidade de se relacionar com um parceiro infectado. (Pombo, V.2003). A não valorização do uso do preservativo, o alcoolismo e o consumo de drogas obnubilantes, facilitam comportamentos mais desinibidos em relação a sexualidade, o que expõe as pessoas a praticarem comportamentos de risco. (Pombo, 2003).

Segundo Weinstein (1987), as razões pelas quais as pessoas continuam a ter comportamentos prejudiciais à sua saúde deve-se a percepções de risco e susceptibilidade erradas, sustentadas por um optimismo irrealista. Geralmente, os sujeitos tendem a acreditar que o mal só acontece aos outros e que, de algum modo, estão protegidos dos infortúnios. Ainda na perspectiva do autor, há quatro factores cognitivos que contribuem para este optimismo irrealista: a falta de experiencia pessoal no problema; a crença de que o problema é facilmente prevenido pela acção individual; a crença de que se o problema ainda não apareceu, então não aparecerá no futuro e finalmente a crença de que o problema é pouco frequente (Weinstein,1987. Cit in Ogden, 2000).

Para Weinstein, a percepção de risco não é um processo racional, uma vez que os indivíduos têm uma atenção selectiva ao risco. O que acontece é que algumas pessoas ignoram comportamentos que aumentam o risco por exemplo uma jovem que pratica o sexo ocasional sob efeito do álcool minimiza os riscos associados, justificando que se praticasse sexo sob efeito de drogas, seria muito mais grave; além disso, a jovem poderia pensar que jamais estaria em risco se utilizasse o preservativo na relação sexual. Assim, só de pensar num comportamento saudável (utilizar preservativo), instala-se um optimismo imediato, que minimiza o risco real, uma vez que a jovem não terá em consideração que estando sob o efeito do álcool, a

possibilidade de ceder à pressão sexual é maior, assim como a probabilidade de usar o preservativo correctamente também diminui, expondo-a numa situação completa de risco (Weinstein,1987.Cit in Ogden, 2.000).

Num estudo realizado por Ramos, Carvalho & Leal (2005), com 142 estudantes universitários do género feminino de uma universidade em Lisboa, com o objectivo de compreender as atitudes dessas estudantes relativamente à presença de um duplo padrão, concluiu-se que a maioria das estudantes inquiridas aprovam um *script* sexual singular entre os géneros, ou seja, defendem que a permissividade social face à sexualidade seja igualitária entre homens e mulheres. Este modelo mais igualitário é designado por um padrão de comportamento sexual singular. Contudo, os participantes não deixam de perceber, nos outros e na sociedade envolvente a valorização do duplo padrão sexual (Ramos, Carvalho & Leal,2005).

Já Vaz (2011) constatou que os jovens que receberam uma educação centrada na informação sobre a sexualidade e contracepção iniciaram-se sexualmente mais tarde e de forma mais consciente. Para a autora, as atitudes sexuais e a ideia que cada individuo forma a cerca de si próprio são fundamentais ao desenvolvimento.

Porém, o facto de os jovens terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas, e por isso, a educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscallo, Serafim & Leal. 2000). Também Reis (2012) observou na sua investigação acerca dos conhecimentos e atitudes face à contracepção e a prevenção das ISTs em jovens universitários que, tanto os homens jovens como os mais velhos apresentam comportamentos de risco; no entanto, os jovens que tiveram Educação Sexual na escola apresentaram maior comportamento de protecção. Verificou-se também que o comportamento sexual preventivo não depende dos conhecimentos, mas sim da motivação e do desenvolvimento de competências. De acordo com a autora existe uma percentagem de jovens adultos a frequentar o ensino nas universidades portuguesas em potencial de risco, havendo uma necessidade urgente de realizar intervenções na área da promoção da saúde sexual nas universidades (Reis, 2012).

Num outro estudo, realizado por Antunes (2005), 960 dos jovens sexualmente activos relataram que o preservativo e a pilula são os métodos mais utilizados, embora 52 destes jovens estudantes referiram não utilizar qualquer método contraceptivo, o que acarreta grandes riscos para a saúde destes jovens.

Outro estudo realizado por Matos e colaboradores, acerca do comportamento sexual dos jovens universitários, concluiu que a totalidade das mulheres que frequentam o ensino superior, consideram muito importante os sentimentos e a comunicação na relação, enquanto os homens consideraram esse facto pouco importante (Matos, Reis e Ramiro L.2012).

Por fim, o comportamento sexual na juventude é também um comportamento que procura significados. Sob esta perspectiva a experiência sexual constrói-se progressivamente, no decurso da adolescência, sob as influências de normas mutáveis. Por sua vez as atitudes são predisposições comportamentais adquiridas, que determinam em longa medida os comportamentos sexuais (Lima, 1993).

CAPITULO 2 – ATITUDES

2.1 As Atitudes

O conceito de atitude constitui actualmente um dos conceitos fundamentais da Psicologia Social. Primeiramente faz a ponte entre as disposições individuais e ideias socialmente partilhadas, e, depois, as suas formas de avaliação. (Lima, 1993).

Para Thomas e Znaniecki (1915), as atitudes consistem num processo de consciência individual que determina actividades reais ou possíveis do individuo no mundo social (Thomas e Znaniecki, 1915. Citado em Lima, 1993). Allport, (1995) refere que a atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência, e exerce uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos ou situações com que se relaciona (Allport, 1993, citado em Filipe, 2012).

As atitudes são predisposições para avaliar de forma favorável ou desfavorável os objectos, pessoas, instituições ou acontecimentos. Vão-se formando ao longo da vida como resultado de experiências e comportamentos aprendidos com os outros. Nesta predisposição, ainda que formando um todo unitário, podem-se distinguir factores como a opinião, sentimentos e tendências para agir de determinada forma (I. Ajzen, 1988. Citado em Lima, 1993).

As opiniões são ideias ou crenças referentes a questões discutíveis ou a aspectos sobre os quais o individuo não possui informação científica. Normalmente as opiniões são acompanhadas de sentimentos. Neste caso os sentimentos são reacções fisiológicas que se manifestam através de mudanças biológicas internas, externas e interpretações subjectivas e sociais dessas mesmas mudanças (Lopés e Fuertes. 1999).

Segundo Nodin, as atitudes e crenças específicas da sexualidade são muito importantes, uma vez que são factores que podem influenciar a saúde dos indivíduos e desta forma também a sua integridade a vários níveis (Nodin, 2001)

De acordo com Eagly e Chaiken (1993), a atitude é um constructo hipotético referente à “tendência psicológica que se expressa favorável ou desfavorável de uma entidade específica”. A atitude como um constructo hipotético indica que as atitudes não são directamente observáveis, mas uma variável latente explicativa da relação entre a situação em que o sujeito se encontra e o comportamento (Eagly e Chaiken, 1993. Citado em Lima, 1993). Para além de opiniões e de sentimentos, as atitudes são uma disposição para se comportar de uma forma determinada. Assim, se considerarmos que algo é negativo ou perigoso e se sentimos rejeição em relação a isso, provavelmente iremos tentar evitá-lo; por outro lado, se algo nos surge como

positivo e nos produz sentimentos agradáveis e atractivos, tenderemos a fruí-los. Vaz (2011).

Embora e apesar das diferenças existentes no conceito de atitudes proposto por vários autores, é possível encontrar, tal como nos refere Lima (1993), alguns pontos de convergência entre as várias teorias. Estes pontos de encontro são a componente avaliativa ou seja, as atitudes expressam-se através de um “julgamento avaliativo”, por respostas avaliativas. Assim, podemos dizer que as atitudes podem influenciar de certo modo, a forma como atuamos no dia-a-dia ou seja, as nossas atitudes de certa forma exercem um papel fundamental no modo como nos comportamos. Daí a importância de sabermos quais as atitudes que os indivíduos possuem perante determinadas situações, como é o caso dos comportamentos sexuais, uma vez que o conhecimento sobre estes comportamentos poderá ajudar-nos a compreender a forma como estes indivíduos se comportarão em relação às práticas sexuais ou a outras situações.

Por exemplo, se os jovens, ou até mesmo os adultos, acreditarem que o preservativo afecta negativamente o ato sexual, ou que é prejudicial a saúde, naturalmente estes sujeitos terão atitudes negativas face ao preservativo, o que causará maiores dificuldades por parte destes em terem comportamentos sexuais seguros, relativamente àqueles que acreditam que o preservativo é um método que previne doenças sexualmente transmissíveis (DST) e por conseguinte um método eficaz (Kender, 1994. Citado em Oliveira, 2013).

2.2 Diferentes tipos de atitudes face à sexualidade

Quando se trata das atitudes individuais e interpessoais, as mudanças concretizam-se num contínuo de atitudes e numa pluralidade de vivências e entendimentos da sexualidade. Lopes & Fuertes (1989) por exemplo, apresentam uma tipologia de atitudes face à sexualidade que é possível encontrar nas sociedades ocidentais e que, vai desde a atitude tradicional conservadora a uma atitude fortemente liberal e permissiva.

A atitude conservadora consiste numa forma de olhar para a função da sexualidade subordinada à reprodução. Aqueles que participam desta atitude mantêm opiniões contrárias relativamente a uma série de temas socialmente polémicos, como o divórcio, aborto, homossexualidade, bissexualidade, relações pré-conjugais, direito à sexualidade dos idosos e dos deficientes, etc. Neste caso há diferentes formas de manifestação das atitudes conservadora:

As atitudes de interdição correspondem ao modelo dominante descrito para as sociedades tradicionais na primeira fase da modernidade. Integram sentimentos de negação, obsessão e culpa face à sexualidade. Indivíduos que partilham desta atitude tendem a negar qualquer sentimento, fantasia, desejo e comportamentos sexuais, se este não tem lugar dentro do casamento com fins reprodutivos, e mesmo dentro do casamento não aceitam o uso do contraceptivo. Tendem a considerar a sexualidade perigosa, o que os leva a comportamentos de rigidez e obsessão. Como não é fácil evitar todos os desejos sexuais e sentimentos, sentem-se culpados.

Atitude de dependência é um tipo de atitude conservadora, e normalmente está presente em pessoas de baixo nível cultural. Caracteriza-se pelo medo face ao tema da sexualidade, medo da crítica social e a vulnerabilidade face aos “discursos de autoridade”. Tendem a considerar a sexualidade como um tema muito delicado, do qual não sabem quase nada. Sentem medo perante a ideia de tomar decisões por si próprios referentes ao tema e adoptam uma atitude de submissão em relação à autoridade moral e profissional. Em consequência desta atitude, os profissionais limitam a legitimar os que dizem os moralistas.

Outra forma de atitude conservadora é o falso moralismo, atitude aparentemente muito liberal, uma vez que combina um discurso liberal sobre sexualidade com comportamentos tradicionais nessa matéria, porém incongruentes com esse discurso. Aqueles que partilham desta atitude defendem que a sexualidade é algo “tão natural” que não é necessário falar sobre o assunto. Para estes, falar ou estudar o tema não tem sentido, é complicar as coisas, logo é melhor deixar que cada pessoa descubra por si própria, os comportamentos apropriados.

A atitude conservadora integrada é típica de pessoas que aceitam alguns aspectos e expressões da sexualidade de forma positiva, desde que apenas se exerçam dentro de um contexto de relações amorosas estáveis. Podem ter também um elevado grau de tolerância para aqueles que não pensam ou não vivem estas questões como elas.

A atitude liberal caracteriza-se por uma visão da sexualidade que não se reduz à reprodução, dando ênfase ao prazer. Nesta atitude, o sistema de referências a partir do qual se julga algo como justo ou injusto, costuma ser o próprio indivíduo ou as pessoas afectadas. Perante os temas socialmente polémicos como o aborto ou a homossexualidade, entre outros já citados anteriormente, mostram-se partidários de

uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais. Neste caso podemos encontrar diferentes formas de atitudes liberais.

Atitude Liberal Individualista - neste caso, o único critério de aceitação das expressões da sexualidade é o da satisfação individual. É uma atitude relativamente difundida entre os jovens, especialmente entre os rapazes que abandonaram a moral tradicional e não interiorizaram outros valores político-sociais. A partir desta postura, costuma-se defender como ideal a ausência de todo o tipo de regulação social dos comportamentos sexuais e, por conseguinte, de moral sexual.

A atitude liberal impositiva é uma atitude baseada, à semelhança das atitudes mais conservadoras, na presunção de verdades únicas, numa perspectiva permissiva face à sexualidade. Trata-se, normalmente de pessoas que, como consequências de transições ecológicas (acesso a universidade por exemplo), abandonam posições conservadoras, “convertem-se” às novas ideias e defendem a sua mudança de forma militante.

As atitudes liberais abertas são baseadas numa apreciação positiva e permissiva da sexualidade, que oferece ao individuo múltiplas possibilidades: procriar, estabelecer relações gratificantes, sentimentos e expressões de ternura, afectos de diferentes graus e compromisso. Aqueles que partilham desta atitude tendem a ser mais tolerantes com os outros e a aceitar a sexualidade das minorias, aceitam os desejos, fantasias e sensações sexuais como algo natural que por sua vez não lhes provoca medos nem obsessões, independentemente das razões, se pessoais, éticas ou morais. Portanto, estão mais abertos, mentalmente, afectivamente e socialmente, a viver a sexualidade e aceitar que os outros a vivam também, mesmo que seja diferente da sua.

Portanto, no campo da sexualidade, as atitudes têm uma relevância especial, e a atitude face a sexualidade é um factor determinante para a aceitação de determinadas interações sexuais (Antunes, 2007). Neste sentido Hendricks & Hendricks (1987), alertam para o facto de existirem diferenças significativas entre os diferentes estilos de amor e as atitudes perante a sexualidade, mediatizando as relações afectivas que o individuo mantém acerca da própria sexualidade, o que evidencia o carácter determinante das atitudes na vivência sexual.

Muitos estudos tem evidenciado as mudanças rápidas ocorridas nos comportamentos e atitudes em vários aspectos relacionados à sexualidade,

nomeadamente as relações sexuais pré-conjugais e conjugais, a contracepção, o aborto e a questão da homossexualidade.

No que diz respeito às atitudes em relação aos componentes referentes à sexualidade, nomeadamente os métodos preventivos, estas podem variar de pessoa para pessoa, devido aos significados que estes poderão estabelecer em relação aos métodos contraceptivos. A não utilização do preservativo está associada ao embaraço/timidez sentida quando é necessário sugerir o uso do preservativo. Foi evidenciado numa investigação realizada sobre o preservativo, que um elevado número de mulheres revelaram um desconforto em relação a compra, ao uso e sobretudo transporte de um preservativo e de abordarem o assunto com o respectivo parceiro, o que evidencia um forte estigma social por parte das mulheres, principalmente no que diz respeito ao transporte do preservativo ou a realização da sua compra. São situações que contribuem para que a mulher sinta alguma pressão social (mesmo que estes factos não se evidenciem), um certo receio de ser julgada por outras pessoas pelo simples facto de terem consigo um preservativo (Wilson; Jacard; Endios & Minkoff, 1993 & Wyn, 1994. Citado em Oliveira, 2013).

Tais situações suscitam na mulher uma certa confusão uma vez que ao interpretarem estas situações como sendo um indicador de estarem dispostas a terem relações sexuais ou que mantêm relações sexuais com múltiplos parceiros, daí a necessidade do uso do preservativo, daí os receios sentidos por muitas mulheres de serem julgadas e estigmatizadas socialmente (Wyn e colaboradores, 1994. Citado em Oliveira, 2013).

Segundo Souza, as atitudes sexuais dos jovens sofreram uma evolução e uma rápida aceleração durante os últimos anos, traduzindo-se esta evolução por uma maior permissividade nos comportamentos em relação à sexualidade, como por exemplo a importância dada à virgindade antes do casamento e a homossexualidade (Souza, 2000).

O estudo das atitudes assume assim grande importância quando se trata de temas polémicos, como a sexualidade, porque permite compreender melhor a sociedade no seu geral. Assim, quando se conhecem as motivações e o que faz uma pessoa agir de determinada maneira, pode-se intervir de uma forma mais ajustada à realidade (Gleitman, 1999).

CAPITULO 3- ATITUDES FACE AO USO DO PRESERVATIVO DOS JOVENS

3.1 Conhecimentos e Atitudes face ao Uso do Preservativo dos jovens

A prática sexual segura consiste na preocupação em proteger a saúde dos indivíduos envolvidos numa relação sexual. Implica, basicamente, a utilização de um preservativo durante todo o tempo que dura a relação sexual que envolva a penetração seja oral, vaginal ou anal. Além disso, o sexo seguro implica que se evite, em todas as relações sexuais, o contacto do esperma, dos fluidos vaginais ou do sangue, com as mucosas (boca, vagina e ânus), olhos ou feridas (Nodin, 2005).

O preservativo é um método de contracepção de barreira que se usado adequadamente constitui um dos modos mais eficazes de protecção contra gravidezes não planeadas, bloqueando a entrada de espermatozóides na cavidade uterina. Também ajuda a proteger contra as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo a infecção por VIH. Uma vantagem considerada muito importante é a sua segurança; esporadicamente pode apresentar alguns efeitos secundários locais e quase nenhuma contra-indicação médica quanto ao seu uso. Podem ser adquiridos sem prescrição médica e enquadram-se muito bem nos sistemas comunitários de distribuição (Terki & Malhotra, 2004).

Apesar do conhecimento sobre as causas da infecção VIH e outras infecções transmissíveis, a utilização do preservativo continua aquém do esperado, uma vez que ainda continua a existir uma margem mais ou menos extensa de indivíduos em risco (Ministério da Saúde Português. 2006).

A preocupação com o alastramento do VIH/SIDA tem levado a que investigação na área da sexualidade humana se preocupe com a não utilização do preservativo nas diversas populações. A SIDA é uma realidade que, pela abundância de informação, nomeadamente através dos *mass media* e o impacto que lhe está associado, tornou-se um assunto de domínio público, considerado ao longo dos anos um problema de saúde pública que merece considerável atenção por toda a população (Frade & colaboradores, 2006).

O preservativo surge neste contexto, como um método eficaz na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Apesar das campanhas de sensibilização, do conhecimento sobre o VIH e da existência de apoios que permitem o acesso por parte da população, a este método de protecção, a sua utilização continua a fazer-se de forma inconsistente.

Deste modo, é preciso compreender o que está na base da não utilização do preservativo, o papel dos motivos e barreiras quanto ao uso e o seu impacto. Assim e sendo um dos objectivos da nossa investigação, o que leva os jovens a não adesão ao uso do preservativo?

Revisões da literatura têm evidenciado cinco atitudes quanto a resistência ao uso do preservativo (Coates, Stall, Catania, e Kegeles,1989; Lewis, Malow e Ireland,1997. Citado em Neto,2002). Primeiramente, os jovens duvidam se os preservativos são ou não eficazes e fidedignos para a protecção do vírus VIH. Em segundo lugar, um número considerável de jovens associaria o uso do preservativo à perda do prazer sexual. Em terceiro lugar, a compra do preservativo pode tornar-se embaraçoso para os jovens. Em quarto lugar, o levantar da questão do uso do preservativo com o parceiro pode ser uma fonte principal de embaraço para os jovens. A quinta e última atitude evidenciada pelos investigadores está relacionada com as necessidades da gestão de informação, uma vez que o facto de utilizar o preservativo pode sugerir às outras pessoas informações sobre quem somos. Pode, também projectar uma imagem positiva (alguém que é cuidadoso), ou sugerir informações falsas e indesejáveis sobre a utilização dos preservativos (promiscuidade). Diante disto, não se pode falar de uma atitude em relação ao uso do preservativo, mas sim de atitudes.

Assim, e na tentativa de compreender como é que este conjunto particular de atitudes pode ser tão predominante e como pode desencorajar o uso dos preservativos por parte dos jovens, Helweg-Larsen & Collins (1994), construíram uma escala (UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale, UCLA-MCAS), que abarca precisamente essas cinco atitudes, em particular: a) percepção da fiabilidade e da eficácia do preservativo; b) prazer sexual associado ao uso do preservativo; c) sentimentos de embaraço associado à compra de preservativos; d) sentimentos de embaraço na negociação do uso de preservativo com o seu parceiro sexual; e) a imagem social negativa (estigma) que é muitas vezes imposta aos utilizadores de preservativos.

Alguns investigadores já haviam tentado desenvolver escalas semelhantes (Brown,1984; Sacco, Levine, Reed e Thompson, 1991). No entanto tais medidas apresentavam graves problemas metodológicos e conceptuais (Helweg-Larsen & Collins, 1994). Por exemplo a escala de Brown (1984), apresenta algumas deficiências: cerca de 28% dos itens revela contribuições baixas (menos de 35%); a

validade de constructo não é averiguada e apesar de a escala ser multidimensional, é utilizada geralmente de modo unidimensional. Assim, de acordo com tais problemas apresentados, a escala UCLA-MCAS de Helweg-Larsen & Collins (1994) tem vindo a afirmar-se como uma medida fidedigna e valida das atitudes em relação à utilização do preservativo.

As crenças relacionadas com o preservativo (ex: tira o prazer), as atitudes positivas ou negativas em relação a sexualidade, a ideia do apoio por parte das pessoas significativas (família, pares, entre outros), as acções dos pais e as competências comportamentais (relacionadas com a comunicação, assertividade, negociação, auto-eficácia) e, ainda a intenção de ter comportamentos sexuais seguros/preventivos, são condicionantes extremamente importantes quando procuramos explicar os diferentes tipos de comportamentos (Carvalho & Baptista, 2006). Sendo assim, o uso do preservativo não é uma escolha estritamente pessoal e racional. Em vez disso usar um preservativo implica questões interpessoais, e emocionais (Neto, 2002).

3.2 Estudos Relacionados com a Temática

Alguns estudos apontam como principais barreiras para não utilização do preservativo, a perda de prazer e o não gostar de utilizar um preservativo (Adebiyi & Asuzu, 2009; Plummer, Wight, Wamoyi, Mshana, Hayes & Ross, 2006. Citado em Gomes, 2010). Também a falta de confiança em utilizar um preservativo do início ao fim da relação e baixa capacidade de recusa em ter relações sexuais, quando os preservativos não estejam disponíveis (Kaneko, 2007).

Para Nodin (2002), uma dúvida que surge com alguma frequência relativamente ao preservativo é o facto do mesmo poder retirar alguma sensibilidade durante a penetração. Para o autor, deve-se ter em consideração o facto de os parceiros envolvidos na relação se sentirem mais seguros com o preservativo, se assim for, pode ser um elemento que facilite o envolvimento e a obtenção de prazer.

Outro factor identificado como barreira é a relutância do parceiro em utilizar preservativo, bem como os sujeitos estarem envolvidos numa relação estável, com forte interpretação de segurança. A crença de que parceiros conhecidos são parceiros seguros, assim como os parceiros confiáveis, influencia na diminuição do uso do preservativo (Gomes, 2010).

Uma variável bastante estudada é a auto-eficácia quanto ao uso do preservativo, em parte pela sua co-ocorrência nos modelos para a saúde (Gomes,

2010). O conceito de auto-eficácia definido por Bandura propõe que o indivíduo seja capaz de manter uma conduta consistente e coerente ao longo do tempo, seja através de normas e reforços externos ou através de normas e reforços auto-impostos. Para o autor esta capacidade de se auto-regular, acompanhada da convicção de que se é capaz de realizar um dado comportamento, aumenta a probabilidade de que o indivíduo mantenha ou modifique o seu comportamento (Bandura, 2008).

Assim, a auto-eficácia tem um importante papel na forma como aprendemos e mantemos novos comportamentos, estando para Bandura, sustentada por factores biológicos, sociocognitivos e de comportamento (Rubio & Medina, 2002. Citado em Gomes, 2010).

A comunicação com o parceiro sobre a utilização do preservativo constitui um dos preditores mais importantes do seu uso. (Boldero et al, 1993; Kelly e Kalichaman, 1995; Sheeran et al, 1999; Citado em Alvarez, 2002). Também, Munoz & Silva; Sanchez & Garcia; Nunes & Martins observou num estudo realizado com jovens adultos universitários de nacionalidade portuguesa e espanhola, que ambos apresentaram dificuldades na comunicação com os parceiros sobre a utilização do preservativo.

Um estudo realizado por Sanches & Batista concluiu que a capacidade explicativa da atitude face à intenção de uso do preservativo aumenta quando as suas componentes, afectiva e cognitiva, são congruentes. Ainda de acordo com os autores, a componente cognitiva, entendida como sendo o conhecimento e as crenças sobre o objecto em causa, tem um impacto directo sobre a intenção de uso do preservativo.

Segundo Fisher e colaboradores (1988), as avaliações afectivas dos conteúdos sexuais resultam em atitudes relativas ao sexo, que individualmente explicam os comportamentos sexuais de risco. Sendo por isso, uma das variáveis mais estudadas é o impacto da atitude face ao preservativo, seja individualmente ou como parte integrante dos modelos para a saúde (Fisher e colaboradores, 1988. Citado em Gomes,A.2010).

Para Reis (2012), apesar de ainda existirem muitas situações da falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, os jovens no geral, utilizam de forma irregular a contracepção ou então não utilizam qualquer método contraceptivo, o que os expõe a uma gravidez indesejada e aumenta o risco de contrair um IST (APF, 2012). Ramos et al (2008), num estudo acerca das atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população jovem de Matosinhos, com uma

amostra de 1792 jovens, concluíram que no que diz respeito aos métodos contraceptivos, 76,8% dos inquiridos com experiência sexual coital, utiliza sempre métodos contraceptivos, sendo as raparigas a apresentarem maior predominância de utilização. 25% dos participantes não utilizam sistematicamente qualquer método contraceptivo e 11,9% costumam praticar o coito interrompido. Ainda de acordo com o estudo, às atitudes face à prevenção e métodos contraceptivos, são os rapazes que mais atitudes negativas possuem face ao preservativo (Ramos & Eira; Martins & Machado; Bordalo & Polonia 2008).

Um estudo realizado por Oliveira, nas oito faculdades da Universidade de Coimbra, com idade compreendida entre os 18 e os 24 anos, concluiu que dos 696 alunos que participaram da investigação 77,9% referiram já ter tido relações sexuais do tipo: genitais, orais e ou anais. A média de idade do início das relações sexuais foi de 17,34 anos, tendo os estudantes do sexo masculino iniciado a sua vida sexual um pouco mais cedo, 16,8 anos em comparação ao sexo feminino, 17,5 anos. No entanto 14,6% dos inquiridos da amostra tiveram as suas primeiras relações sexuais aos 15 anos de idade ou menos (Oliveira, 2008).

Uma explicação observada para as razões do não uso do preservativo neste estudo realizado na Universidade de Coimbra foi a visão do preservativo como um problema em si mesmo, sendo a principal componente desse problema, o desconforto físico e psíquico que o seu uso acarreta; a segunda razão seria a dificuldade do acesso e aquisição embaraçosa ao preservativo. Também houve uma atribuição significativa à impulsividade como causa principal do não uso do preservativo, assim como a estabilidade da relação como sendo a principal razão do não uso do preservativo. (Oliveira, 2008).

Uma pesquisa realizada no Brasil, pelo Ministério da Saúde acerca dos conhecimentos, Atitudes e Práticas sexuais da população brasileira, com uma amostra de 12 mil pessoas, sendo a idade dos 15 anos aos 64 anos, verificou que a maioria dos entrevistados (94%) sabe que o preservativo é a melhor forma de prevenção às DSTs e SIDA. No entanto, 45% da população sexualmente activa do país não usou preservativo nas relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses. Os dados da pesquisa quando comparados com pesquisas anteriores mostraram que o uso do preservativo na relação sexual ocorrida nos últimos 12 meses manteve-se praticamente estável: 52% em 2004, 47% em 2008 e 55% em 2013, apesar das constantes campanhas e estímulos durante esses anos. Houve também um crescimento

significativo de pessoas que relataram ter tido mais de dez parceiros na vida, esse percentual subiu de 19% em 2004 para 20% em 2008, chegando aos 44% em 2013.

Ainda de acordo com a pesquisa, o nível de conhecimento da importância do uso do preservativo na população brasileira continua alto, o que tem mudado muito é o comportamento das relações, como por exemplo o aumento do número de parceiros. O que exige particularmente por parte dos jovens, muita responsabilidade e preocupação com a preservação de sua saúde e de seus parceiros. (Ministério da Saúde, 2015).

Em Portugal, a informação disponível sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos da população portuguesa face à infecção por VIH demonstra uma discreta evolução favorável quando se compara os dados a anos anteriores. Num inquérito realizado em 2010, mais de 70% dos inquiridos referiram não ter dúvidas sobre as formas de se proteger contra o Vih/SIDA, cerca de 36% relataram fazer uso do preservativo sempre ou a maior parte das vezes que praticam relações sexuais (34% em 2009) e 84% afirmaram utilizar sempre o preservativo em relações ocasionais (75% em 2009). Ministério da Saúde, 2015.

Antunes (2007), num trabalho acerca das atitudes sexuais dos estudantes universitários, verificou que existe uma maior permissividade em relação ao sexo sem compromisso e ao sexo ocasional. Foi possível observar ainda que os participantes não utilizam métodos contraceptivos e não pareciam preocupar-se com o risco de contrair uma ISTs ou da ocorrência de uma gravidez não desejada, estando mais interessados na obtenção de prazer exclusivamente físico.

Na sua dissertação de mestrado (Rosário, 2013), observou que os motivos da não utilização de preservativo nos últimos 12 meses devem-se a realização de práticas sexuais com o mesmo parceiro, e logo confiança excessiva, por confiar muito no parceiro (acreditam que o mesmo não tem IST), por opção e por não gostar do preservativo, não ter um preservativo no momento, estar excitado/entusiasmado com a situação e não pensou no uso do preservativo ou mesmo por esquecimento.

Para Lomba, a confiança excessiva e o parceiro fixo, podem estar associados ao facto do individuo que mantém uma relação duradoura, deixar o preservativo como meio de protecção de risco por confiar no parceiro (Lomba et al, 2008. Citado em Rosário, 2013).

Lear (1995), num estudo realizado acerca do preservativo, constatou que as suas utilizações nos relacionamentos ocasionais tornam-se mais frequentes do que em

relacionamentos de longo prazo. Nos relacionamentos ocasionais a percepção de risco do indivíduo é maior, uma vez que o conhecimento acerca da outra pessoa é insuficiente, o que não acontece nos relacionamentos de longa duração, porque com o tempo a confiança foi sendo estabelecida no início das relações sexuais. Assim de acordo com a autora a tendência é a diminuição da sua utilização. Correia (2013) conclui que níveis elevados de conhecimentos sobre métodos contraceptivos, relacionam-se com: ser do sexo feminino, frequentar escolaridade mais avançada, pertencer à classe social alta e ter apenas um parceiro.

Contudo, o uso do preservativo por parte dos rapazes constitui uma protecção que apenas depende do seu comportamento, enquanto na mulher o comportamento de protecção depende da sua capacidade de negociar o uso do preservativo bem como a capacidade de recusar-se a ter relações sexuais, caso o parceiro se recuse a não utilizá-lo (Silva, 2008).

Já Ramos e colaboradores (2005), em um estudo sobre as questões de género, com 142 participantes do sexo feminino, solteiros, de orientação heterossexual, com idade compreendidas entre os 18 e os 24 anos, concluíram que a maioria das jovens inquiridas aprovava um Script sexual, caracterizado por um padrão de comportamento sexual singular aplicado a ambos os géneros. Apesar de percepcionarem a existência de julgamentos efectuados pelos outros membros da sociedade, que valorizam um duplo padrão sexual.

Por fim pode-se dizer que diversos estudos têm-se revelado uma maior permissividade sexual, uma aceitação natural do sexo pré-conjugal, da diversidade de parceiros ao longo da vida. No entanto também verifica-se que algumas atitudes relacionadas com a responsabilidade sexual não evoluíram da mesma forma, evidenciando-se maior comportamento de risco em relação às práticas sexuais (Silva, 2008).

Assim, diante destes resultados nos estudos, parece que já não podemos continuar lidando apenas com o preservativo, não que este tenha perdido espaço, mas é preciso criar outras estratégias.

CAPITULO 4 – METODOLOGIA

4.1 Objetivos e Hipóteses:

O objetivo geral desta investigação é perceber quais os conhecimentos, comportamentos e as atitudes face à sexualidade, e, ao uso do preservativo dos estudantes universitários de diferentes cursos, da Universidade Lusófona. A Universidade Lusófona está localizada no centro de Lisboa. As Escolas e Faculdades da Universidade cobrem as generalidades das áreas do saber, das artes às humanidades, do direito às ciências empresariais, das ciências da saúde ao desporto, passando pela comunicação.

Tendo em consideração os objetivos acima mencionados colocamos as seguintes hipóteses para nossa investigação:

Hipótese 1: Espera-se que o sexo feminino apresente valores mais elevados no que diz respeito ao embaraço associado à compra de preservativo; embaraço na negociação do uso do preservativo com o parceiro, fiabilidade e eficácia do preservativo e imagem social negativa (estigma);

Hipótese 2: Espera-se que os homens sejam mais permissivos;

Hipótese 3: Prevê-se que os homens apresentem uma atitude mais utilitária em relação ao sexo e mais focada no prazer.

4.2 Participantes

A amostra foi constituída por 145 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos ($M=23.23$, $DP=3.72$). A maioria dos participantes era do sexo feminino (53.8%), solteiros (89.7%), estudantes (77.9%) e católicos (51%). Relativamente à orientação sexual, quase todos (95.2%) se declararam heterossexuais (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas da amostra (N=145)

	N	%
Sexo		
Masculino	67	46,2
Feminino	78	53,8
Estado Civil		
Solteiro	130	89,7
Casado/UF	13	9,0
Sep./Divorc	1	0,7
Viuvo	1	0,7
Religião		
Sem Religião	55	37,9
Católica	74	51,0

Outra	16	11,1
Categ. Profiss.		
Estudante	113	77,9
Trab./Estudante	32	22,1
Relação		
Sim	102	70,3
Não	43	29,7
Orientação Sexual		
Heterossexual	138	95,2
Homossexual	3	2,1
Bissexual	4	2,8
Relações Sexuais		
Vaginais	80	55,2
Vaginais e Anais	56	38,6
Não	9	6,2
Idade 1ª Relação	Próprio	Parceiro
Total	16.7 (2.0)	17.5 (3.3)
Masculino	16.3 (1.8)	16.3 (3.3)
Feminino	17.0 (2.1)	18.5 (2.6)

A maioria dos participantes (70.3%) referiu encontrar-se actualmente numa relação. Relativamente à sua duração, esse valor situa-se um pouco abaixo dos dois anos ($M = 22.04$ meses, $DP = 23.80$).

A idade da primeira relação sexual situa-se em média nos 16.7 anos, sendo esse valor inferior nos rapazes ($M = 16.3$, $DP = 1.8$) quando comparado com as raparigas ($M = 17.0$, $DP = 2.1$). Relativamente à idade do parceiro da primeira relação sexual, verifica-se que é idêntica nos rapazes (16.3) e superior nas raparigas (18.5). Quanto ao tipo de relações sexuais, a maioria (55.2%) refere relações de tipo vaginal, 38.6% dos participantes refere sexo vaginal e anal e 6.2% refere ainda não ter tido qualquer destes tipos de prática.

O número médio de parceiros sexuais foi de 4.46 (3.86). Contudo, quando comparamos este valores por sexo, constatamos que os rapazes referem um número médio de parceiros sexuais ($M = 5.84$, $DP = 4.32$) superior ao das raparigas ($M = 3.35$, $DP = 3.04$), sendo essa diferença significativa ($t(134) = 4.02$, $p < .001$). A mesma tendência se pode observar no que respeita ao número médio de parceiros sexuais dos últimos seis meses, onde novamente os valores apontados pelo sexo masculino (1.46) são superiores aos do sexo feminino (1.07), sendo essa diferença

igualmente significativa ($t(134) = 2.81, p < .01$). No que respeita aos valores relativos ao número de parceiros sexuais durante o último mês, esses valores são semelhantes (0.88 e 0.83, respectivamente).

Relativamente ao uso do preservativo observa-se um comportamento significativamente diferente consoante o sexo ($\chi^2(1) = 4.16, p < .05$), uma vez que a maioria dos participantes do sexo masculino (56.7%) refere ter utilizado o preservativo na sua última relação sexual, ao contrário do que sucede com as participantes do sexo feminino, em que 60.3% refere não o ter utilizado. Esta tendência mantém-se quando comparamos os dados relativos ao uso do preservativo nos últimos seis meses ($\chi^2(2) = 7.26, p < .05$), como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Uso do preservativo nos últimos seis meses

	Sexo				χ^2
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
Última relação					4,16*
Usou	38	56.7	31	39.7	
Não usou	29	43.3	47	60.3	
Últimos 6 meses					7,26*
Nunca usou	12	17.9	29	37.2	
Usou algumas vezes	34	50.7	34	43.6	
Usou sempre	21	31.3	15	19.2	

Da mesma forma, podemos observar que a frequência de consultas de planeamento familiar difere consoante o sexo ($\chi^2(1) = 19.92, p < .001$), uma vez que a maioria das participantes do sexo feminino (53.8%) refere que frequenta ou já frequentou este tipo de consultas (ver Tabela 3), contrariamente ao que se verifica na maior parte dos participantes do sexo masculino (82.1%).

Tabela 3 – Frequência de consultas de planeamento familiar e uso de métodos contraceptivos por sexo

	Sexo	

	Masculino		Feminino		χ^2
	N	%	N	%	
CPF					19,92*
Frequenta	12	17.9	42	53.8	
Não Frequenta	55	82.1	36	46.2	
Metodo Contraceptivo					38,97*
Sim	42	62.7	10	12.8	
Não	25	37.3	67	87.2	

Nota: CPF – Consulta de Planeamento Familiar

Nota: * $p < .001$

No que se refere ao uso de algum tipo de método contraceptivo ocorre a situação inversa, já que a maior parte dos participantes masculinos (62.7%) refere o seu uso, enquanto a larga maioria das participantes femininas (87.2%) indica o contrário, sendo essa diferença igualmente significativa ($\chi^2(1) = 38.97, p < .001$).

4.3 Medidas/Instrumentos

Os Instrumentos utilizados foram seleccionados tendo em consideração os objectivos do estudo e o método da investigação. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Um questionário sociodemográfico; um Questionário da Historia Sexual; uma Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo (EMARUP, Neto, F. 2002); Escala de Atitudes Sexuais (EAS, Alferes, V.1999).

4.4 Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um questionário no qual foram incluídos dados sociodemográficos com variáveis de caracterização pessoal, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado civil, a zona de residência, a religião, o nível de prática religiosa, o curso e o estatuto profissional.

4.5 Questionário da Historia Sexual

Foi questionado aos estudantes se já haviam iniciado as relações sexuais completas, (relação sexual completa são as que envolvem penetração, seja vaginal ou anal), se sim, quais? (vaginais, anais ou ambas), a orientação sexual tinha como hipótese de resposta: heterossexual, homossexual, bissexual ou outro, se já frequentou ou frequente consulta de planeamento familiar, se utiliza algum método contraceptivo, se sim, qual? Se actualmente tem uma relação, se sim, há quanto

tempo? O número de parceiros ao longo da vida sexual, nesta questão o participante deve-se considerar: sexo vaginal, oral, anal, relações esporádicas e permanentes, número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, número de parceiros sexuais no último mês, idade que iniciou a relação sexual completa, a idade do primeiro parceiro sexual, sem ser no âmbito das aulas, já assistiu sessões de educação para a saúde sobre sexualidade? (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes).

Foi igualmente questionado aos participantes a frequência do uso do preservativo nas suas relações sexuais. Recorde-se da sua última relação sexual. Utilizou preservativo? (sim/não). Também foi pedido uma estimativa quanto ao uso do preservativo nos últimos seis meses (nunca usei, usei algumas vezes, usei sempre).

4.6 EMARUP (Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo)

A Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo (EMARUP é um instrumento baseado na tradução e validação intercultural da Multidimensional Condom Attitudes Scale (UCLA-MCAS).

A versão original da EMARUP, a the Multidimensional Condom Attitudes Scale (UCLA-MCAS), foi publicada por Helweg-Larsen & Collins (1994). É constituída por 26 itens.

Na construção desta escala, Helweg-Larsen & Collins (1994) levaram a cabo uma serie de estudos de validação. Os resultados dos estudos confirmaram a validade de estrutura multidimensional com cinco factores. Em relação a validade preditiva, os autores encontraram correlações significativas entre as pontuações das subescalas UCLA-MCAS e medidas do uso no passado de preservativos e da intenção de os utilizar.

Tendo em conta a importância de se compreender melhor as atitudes dos jovens acerca dos preservativos, bem como as qualidades psicométricas evidenciadas da escala UCLA-MCAS (Escala Multidimensional das Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo-EMARUP), a mesma foi adaptada para a língua portuguesa por Félix Neto em 2002.

As EMARUP contem cinco subescalas: a fiabilidade e a eficácia atribuída aos preservativos; o prazer sexual associado ao uso do preservativo; os sentimentos de embaraço em relação à compra de preservativos; os sentimentos de embaraço acerca da negociação a propósito da utilização preservativo com o parceiro sexual e a imagem social negativa (estigma) ligada aos utilizadores de preservativo.

Para validar a escala, foi realizado dois estudos com estudantes universitários de ambos os géneros. No estudo um participaram 280 estudantes universitários e no estudo dois 87 estudantes universitários. Recorreu-se a análise factorial para avaliar as contribuições factoriais dos itens do questionário para os cinco factores. A estrutura factorial da versão adaptada para Portugal da EMARUP, apresentou valores similares à versão original com estudantes americanos, também demonstrou uma fidelidade interna aceitável e uma razoável independência das subescalas quando consideradas como escalas aditivas. Nos resultados de análise correlacionais envolvendo as variáveis psicológicas e comportamentais confirmaram, a validade de constructo do EMARUP. Portanto e de acordo com os resultados o EMARUP pode ser utilizado para avaliar as atitudes em relação aos preservativos em estudantes portugueses.

Para além de a escala evidenciar características psicométricas adequadas, é de realçar que a escala é composta apenas por 26 itens escritos de modo claro e acessível. A sua brevidade e simplicidade facilitam a sua administração e pode ser utilizada com todo tipo de população sexualmente activa. Por fim a EMARUP cabe perfeitamente a este estudo.

4.7 EAS (Escala de Atitudes Sexuais)

A Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick & Hendrick (1987), designada por EAS, é uma escala de tipo somático (likert scale). É constituída por 43 itens que inclui cinco posições correspondendo às opiniões, pensamentos ou sentimentos que variam entre 1 a 5, sendo 1 “*completamente em desacordo*” e o 5 “*Completamente em acordo*”.

A versão original da Escala de Atitudes Sexuais (EAS) de Hendrick & Hendrick (1987) propõe-se medir as atitudes sexuais através de quatro subescalas, directamente relacionadas com as seguintes dimensões atitudinais: *Permissividade sexual* (itens 1 ao 21), estes itens referem-se ao “sexo ocasional”, ao “sexo sem compromisso” e a diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais; *Práticas sexuais* (itens 22 ao 28) implicam atitudes face ao planeamento familiar, à educação sexual e a aceitação de práticas sexuais como a masturbação; *Comunhão* (itens 29 ao 37) reflecte atitudes para com o sexo como experiencia íntima, física e psicológica, partilha envolvimento e idealismo e *Instrumentalidade* (itens 38 ao 43), indica claramente uma atitude de orientação para o “sexo utilitário”, visando a obtenção de prazer meramente físico.

O resultado de cada uma das quatro subescalas é dado pelo somatório das respostas obtidas em cada um dos itens que compõem esta subescala. O somatório da pontuação obtida em cada uma das dimensões será o resultado considerado.

Hendrick & Hendrick (1987), perspectivando as atitudes sexuais como um conceito multidimensional, procuraram construir um instrumento capaz de dar conta da complexidade das relações entre sexualidade e amor, de maneira a contribuir para o esclarecimento dos resultados contraditórios das investigações sobre o duplo padrão sexual.

A EAS foi feita por Alferes em 1997, no âmbito de um inquérito psicossocial sobre os valores, atitudes e comportamentos sexuais dos estudantes do ensino superior. A investigação de campo teve lugar entre o mês de Fevereiro de 1990 e o mês de Junho de 1993.

Para validar a escala, foi realizado um estudo com 365 sujeitos, na Universidade de Coimbra, todos solteiros, com idades compreendidas entre 18 e 34 anos, sendo a média de idade 21anos. Os questionários foram aplicados em sessão colectiva, sendo assegurado as condições de preenchimento individual e garantindo o anonimato (Alferes 1987, p.108). Tendo os resultados obtidos sido próximos dos de Hendrick & Hendrick (1987).

A EAS, também poderá ser utilizada em diversos contextos de intervenção psicológica, nomeadamente, nas áreas clínicas (terapias sexuais e familiares) e da educação (programas de educação sexual, de desenvolvimento social e pessoal).

O questionário acerca do comportamento Sexual Últimos 6 meses foi adaptado a partir do questionário de Rosenthal e Shepherd (retirado da tese de doutoramento de Gomes,2010) e dividiu-se em três partes. Numa primeira parte definiram-se os conceitos presentes. Numa segunda parte, com vista a caracterização da amostra em termos de comportamento sexuais nos últimos seis meses, foi pedido aos sujeitos que indicassem se alguma vez praticaram sexo vaginal, anal, oral quer com parceiro ocasional, quer com parceiro regular. Numa terceira parte, os sujeitos deviam referir com que frequência usou preservativos em cada uma das actividades praticadas. Neste caso estavam-se a avaliar a adesão ao uso do preservativo.

4.8 Procedimento

A recolha de dados foi realizada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, em diferentes cursos entre eles estão: o curso de Medicina Veterinária, Gestão de empresas, Psicologia, Design e Direito. Primeiro foi pedido permissão ao

Docente responsável pelo curso e posteriormente os alunos foram abordados em salas de aulas. Explicou-se oralmente o objectivo do estudo, bem como os procedimentos e recolha de dados. No momento do preenchimento, os participantes foram assegurados de que seria mantido o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos. No entanto alguns participantes mostraram-se receosos quanto ao anonimato, mesmo sabendo que não era preciso se identificar. Para aumentar o sentido de confidencialidade e também para não interferir nas respostas, os questionários preenchidos foram misturados e colocados em uma pasta diferente, em sala onde ocorreu a recolha de dados. Somente uma aluna do curso de Gestão de Empresas recusou preencher o questionário, segundo a mesma não percebia bem o português escrito por ser de origem chinesa. Dos 150 questionários aplicados, cinco tiveram de ser anulados devido ao mal preenchimento. Os participantes mostraram-se bastantes interessados no estudo, notou-se um sentido de responsabilidade e interesse no geral pela investigação.

A recolha dos dados foi efectuada no mês de Novembro de 2014 e no mês de Março de 2015. Cada participante demorou em média 25 minutos no preenchimento do questionário. Após a recolha de dados de todos os questionários, procedeu-se a cotação dos mesmos e os respectivos tratamentos estatísticos. Os dados foram exportados para o *Microsoft Excel 2010* e posteriormente para o *SPSS Statistics* . Após a exportação dos dados fez-se a análise dos mesmos.

CAPÍTULO 5 : APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados de Excel e os procedimentos estatísticos foram efectuados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows).

5.1 Diferença de médias das dimensões em estudo

Para comparar as médias dos grupos masculino e feminino das variáveis do nosso estudo foi efectuado um teste t de Student (ver Tabela 4). Os resultados mostram valores significativamente superiores no grupo masculino para a Permissividade ($t(143) = 4.62, p < .01$), enquanto o sexo feminino obtém pontuações significativamente mais elevadas na Imagem Social ($t(143) = -2.51, p < .05$) e nas Práticas Sexuais ($t(143) = -3.26, p < .01$).

Tabela 4 – Diferença de médias nas variáveis estudadas por sexo

	Masculino (N=67)		Feminino (N=78)		t (143)
	M	DP	M	DP	
Fiabilidade Eficacia	32,55	6,06	31,04	6,51	1,44
Prazer no Uso	18,84	6,12	18,62	6,52	,21
Embaraço na Compra	27,79	7,58	26,46	7,29	1,07
Embaraço na Negociação	28,84	5,13	29,99	5,75	-1,26
Imagem Social	26,36	4,92	28,35	4,61	-2,51*
Permissividade	65,90	15,26	54,26	14,99	4,62**
Práticas Sexuais	27,32	4,18	29,49	3,79	-3,26**
Comunhão	32,13	4,54	33,24	4,28	-1,51
Instrumentalidade	22,76	5,11	22,78	5,38	-,02

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

5.2 Correlações

Em seguida foram analisadas as intercorrelações entre as dimensões do EMARUP e da EAS, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados obtidos estão representados na Tabela 5. Podemos ver que a Fiabilidade e Eficácia apresenta correlações positivas com o Prazer no Uso ($r = .28, p < .01$), com o Embaraço na Negociação ($r = .20, p < .05$) e com a Imagem Social ($r = .21, p < .05$), e esta está associada de igual forma com o Embaraço na Negociação ($r = .52, p <$

.01), o qual por sua vez está positivamente correlacionado com o Embarço na Compra ($r = .35, p < .01$).

A nível da EAS verificamos que a Permissividade se associa positivamente com a Instrumentalidade ($r = .32, p < .01$) e de forma negativa com a Comunhão ($r = -.22, p < .01$), a qual apresenta uma correlação positiva com as Práticas Sexuais ($r = .40, p < .01$).

O Embarço na Compra associa-se às Práticas Sexuais ($r = .21, p < .05$) e à Comunhão ($r = .18, p < .05$), tal como o Embarço na Negociação ($r = .32$ e $r = .36, p < .01$) e a Imagem Social ($r = .24$ e $r = .24, p < .01$). Por último, de referir ainda a relação positiva entre o Embarço na Compra e a Instrumentalidade ($r = .18, p < .05$).

A nível da EAS verificamos que a Permissividade se associa positivamente com a Instrumentalidade ($r = .32, p < .01$) e de forma negativa com a Comunhão ($r = -.22, p < .01$), a qual apresenta uma correlação positiva com as Práticas Sexuais ($r = .40, p < .01$).

O Embarço na Compra associa-se às Práticas Sexuais ($r = .21, p < .05$) e à Comunhão ($r = .18, p < .05$), tal como o Embarço na Negociação ($r = .32$ e $r = .36, p < .01$) e a Imagem Social ($r = .24$ e $r = .24, p < .01$). Por último, de referir ainda a relação positiva entre o Embarço na Compra e a Instrumentalidade ($r = .18, p < .05$).

Tabela 5 – Correlações entre as variáveis estudadas

	Prazer Uso	Embaraço Compra	Embaraço Negociação	Imagem Social	Permissi vidade	Praticas Sexuais	Comunhao	Instrumen talidade
Fiabilidade Eficacia	,28**	,12	,20*	,21*	-,09	,11	,13	,01
Prazer no Uso		,11	,11	-,01	-,13	,11	-,02	-,02
Embaraço na Compra			,35**	,13	,15	,21*	,18*	,18*
Embaraço na Negociação				,52**	-,15	,32**	,36**	,14
Imagem Social					-,35**	,24**	,24**	-,11
Permissividade						-,12	-,22**	,32**
Práticas Sexuais							,40**	,12
Comunhão								,10

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

As intercorrelações entre as variáveis foram novamente analisadas, mas considerando as matrizes de correlações para os sexos masculino e feminino em separado. Na maioria dos casos o perfil geral de associações foi idêntico, contudo nalguns casos verificaram-se diferenças marcadas nos resultados dos participantes masculinos e femininos, com correlações significativas apenas num dos grupos (ver Tabela 6).

Assim, podemos observar que no sexo masculino, a Fiabilidade e Eficácia está correlacionada de forma positiva e moderada com o Embaraço na Negociação ($r = .40, p < .01$), Imagem Social ($r = .47, p < .01$) e com as Práticas Sexuais ($r = .37, p < .01$), enquanto no sexo feminino essas correlações não são significativas em nenhum destes casos. Do mesmo modo, as Práticas Sexuais apresentam correlações positivas e significativas com o Embaraço na Compra ($r = .35, p < .01$) e com a Imagem Social ($r = .27, p < .05$), a qual por sua vez também se correlaciona com a Comunhão ($r = .25, p < .05$), enquanto no sexo feminino nenhuma destas associações é significativa.

De modo inverso, podemos observar que no sexo feminino a Permissividade apresenta correlações significativas e negativas com o Prazer no Uso ($r = -.22, p < .01$) e com a Imagem Social ($r = -.35, p < .01$), enquanto no sexo masculino essas associações não são significativas. Também no sexo feminino a Instrumentalidade se correlaciona de forma significativa mas positiva com o Embaraço na Compra ($r = .27, p < .05$), Embaraço na Negociação ($r = .24, p < .05$) e com a Comunhão ($r = .23, p < .05$), o que não acontece com o sexo masculino, onde o valor dessas correlações não é significativo.

Tabela 6 – Correlações entre as variáveis estudadas por sexo.

	Fiabilidade Eficácia	Prazer Uso	Embaraço Compra	Embaraço Negociação	Imagem Social	Permissi vidade	Praticas Sexuais	Comunhao	Instrumen talidade
Fiabilidade Eficacia	1,00	,29**	,15	,40**	,47**	-,08	,37**	,21	,13
Prazer no Uso	,28*	1,00	,14	,13	,04	-,06	,05	,00	,11
Embaraço na Compra	,08	,08	1,00	,41**	,24	,12	,35**	,36**	,09
Embaraço na Negociação	,07	,10	,34**	1,00	,57**	-,15	,39**	,39**	,01
Imagem Social	,04	-,04	,08	,46**	1,00	-,24	,27*	,25*	-,16
Permissividade	-,20	-,22*	,13	-,10	-,35**	1,00	-,08	-,17	,27*
Práticas Sexuais	-,04	,17	,14	,24*	,13	,02	1,00	,44**	,04
Comunhão	,09	-,03	,03	,32**	,19	-,21	,33**	1,00	-,05
Instrumentalidade	-,07	-,12	,27*	,24*	-,06	,39**	,21	,23*	1,00

Nota: Valores relativos ao sexo masculino na diagonal superior.

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

5.3. Discussão dos resultados

O objectivo principal deste trabalho, de carácter exploratório, foi investigar, quais os conhecimentos, comportamentos e as atitudes face à sexualidade, e, ao uso do preservativo dos estudantes universitários.

Nesse sentido fomos determinar se os comportamentos e as atitudes face à sexualidade, e, ao uso do preservativo dos estudantes universitários variam em função do género e de outros factores ligados ao preservativo, como por exemplo a compra.

Tendo em consideração os objetivos acima mencionados colocámos as seguintes hipóteses para nossa investigação:

Hipótese 1: Espera-se que o sexo feminino apresente valores mais elevados no que diz respeito ao embaraço associado à compra de preservativo; embaraço na negociação do uso do preservativo com o parceiro, fiabilidade e eficácia do preservativo e imagem social negativa (estigma);

Hipótese 2: Espera-se que os homens sejam mais permissivos;

Hipótese 3: Prevê-se que os homens apresentem uma atitude mais utilitária em relação ao sexo e mais focada no prazer.

Relativamente à primeira hipótese, confirmou-se. Em relação ao género esperava-se encontrar diferenças relativamente ao embaraço na compra, na negociação com uma atitude mais negativa por parte das mulheres, em relação aos homens uma atitude mais negativa na fiabilidade e eficácia atribuída ao preservativo e prazer sexual atribuída ao preservativo que veio a se verificar, as mulheres consideram que pode-se tirar partido da utilização do preservativo. Holland (citado por Lear, 1995) referem a existência por parte do sexo feminino um forte estigma social pelo simples razão de transportarem consigo ou comprarem preservativo. Tal não foi possível constatar nesta escala, tanto os homens como as mulheres têm as suas diferenças e semelhantes. Quanto mais os indivíduos acreditarem na fiabilidade e na eficácia do preservativo e na compra associada ao prazer sexual e se experienciarem emoções positivas face ao mesmo, mais provável será a intenção de usar um preservativo no futuro (Neto, F. 2002).

Quanto à Hipótese 2, confirmou-se. Os resultados mostram valores significativamente superiores no grupo masculino para a Permissividade. De referir que o sexo feminino obtém pontuações significativamente mais elevadas na Imagem Social e nas Práticas Sexuais, existindo assim diferenças estatisticamente significativas entre

os géneros. Desta forma estes resultados são validos para a percepção das atitudes e praticas sexuais como mais permissivas e liberais por parte do sexo masculino em comparação com o sexo feminino. Estudos indicam que os rapazes costumam valorizar mais o prazer físico e o poder sexual, enquanto a maior parte das jovens procura amor, intimidade e o compromisso. Refere ainda que o conceito de duplo padrão sexual assume que homens e mulheres se distinguem quanto à permissividade dos comportamentos (Crawford & Popp, 2003).

A terceira e última hipótese postulavam que, os homens, em comparação com as mulheres, apresentam uma atitude mais utilitária em relação ao sexo e mais focada no prazer. De acordo com os resultados podemos observar que no sexo feminino a Permissividade apresenta correlações significativas e negativas com o Prazer no Uso e com a Imagem Social, enquanto no sexo masculino essas associações não são significativas. Também no sexo feminino a Instrumentalidade se correlaciona de forma significativa com estas variáveis.

Observamos também no nosso estudo que há diferenças significativas entre os sexos na frequência de consultas de planeamento familiar, uma vez que a maioria das participantes do sexo feminino, refere que frequenta ou já frequentou este tipo de consultas, contrariamente ao que se verifica na maior parte dos participantes do sexo masculino.

Conclusão

O principal objetivo deste trabalho foi de conhecer, quais os conhecimentos, comportamentos e as atitudes face à sexualidade, e, ao uso do preservativo dos estudantes universitários.

Em termos de comportamentos sexuais dos jovens este tópico foi analisado relativamente a idade da primeira relação sexual, número de relações sexuais, número de relações sexuais no último mês e no último seis meses.

No que diz respeito a idade da primeira relação sexual, situa-se em média nos 16.7 anos, sendo esse valor inferior nos rapazes 16.3 anos, quando comparado com as raparigas. De acordo com a literatura, quanto mais tarde o jovem inicia a sua actividade sexual, menor serão as suas atitudes de permissividade e promiscuidade face às relações sexuais. Em Portugal alguns estudos com jovens/adolescentes constataam que os jovens iniciam-se sexualmente cada vez mais cedo e esperam a vir ter mais parceiros sexuais, referem também que os jovens do sexo masculino iniciam-se sexualmente mais cedo e possuem um numero maior de parceiros, do que as jovens do sexo feminino (Reis e colaboradores, 2011). Quanto ao tipo de relações sexuais, a maioria dos participantes referiu sexo vaginal.

Relativamente ao uso do preservativo observa-se um comportamento significativamente diferente consoante o sexo, uma vez que a maioria dos participantes do sexo masculino refere ter utilizado o preservativo na sua última relação sexual, ao contrário do que sucede com as participantes do sexo feminino, em que 60.3% refere não o ter utilizado. Esta tendência mantém-se quando comparamos os dados relativos ao uso do preservativo nos últimos seis meses.

Constatamos que os rapazes referem um número médio de parceiros sexuais superior ao das raparigas, sendo essa diferença estatisticamente significativa. A mesma tendência se pode observar no que respeita ao número médio de parceiros sexuais dos últimos seis meses, onde novamente os valores apontados pelo sexo masculino, são superiores aos do sexo feminino, sendo essa diferença igualmente significativa.

Plumer diz-nos que a sexualidade masculina é geralmente carregada de estereótipos, relacionados com a ideia de uma sexualidade que responde a impulsos naturais fortíssimos que, é incontrolável, centrada no pénis, que procura ter relações sexuais sempre que puder, e que tem uma necessidade constante de ter orgasmos. Deste modo, os homens são pressionados a ter relações sexuais como se de uma necessidade

se tratasse (Plumer, 2005).

O resultado positivo apresentado na Hipótese I, demonstra que a valorização de práticas sexuais positivas e responsáveis quanto à sexualidade, permitem concluir que os participantes não aceitam correr riscos. Segundo Nodin, para os jovens perceberem que a sexualidade pode ser vivida de forma positiva, saudável e feliz, precisa apenas ter uma atitude positiva face à mesma (Nodin, 2001). Ainda de acordo com o autor há que tomar em consideração a valorização, positiva ou negativa, que é atribuída a um dado objecto ou situação, além de ser necessário é importante ter em consideração factores de percepção de vulnerabilidade de cada indivíduo face à ocorrência de algo considerado negativo para a sua saúde, como seja contrair uma IST (Nodin, 2001).

Os resultados também evidenciaram diferença de género no que respeita às atitudes sexuais quanto a permissividade, demonstrando que os homens, contrariamente às mulheres, manifestam mais atitudes permissivas, aceitando a diversidade.

Também a iniciação sexual precoce, continua ser predominantemente característico dos homens embora, comparativamente com o passado se verifique alguma aproximação entre os géneros (Antunes, 2007).

Se assim for, a implicação maior deste estudo para a educação/informação dos jovens e simultaneidade de parceiros, o sexo ocasional ao sexo sem compromisso. Estes resultados estão de acordo com outros estudos portugueses, onde também observaram diferenças de género em relação à práticas e comportamentos sexuais (Alferes, 1997; Pais, 1998).

As limitações apresentadas neste estudo foi quanto ao tempo de recolha, dada a sensibilidade da temática, muitas pessoas optaram não o fazer, mesmo reforçando que toda a informação recolhida seria totalmente anónima e confidencial, destinando-se apenas para fins estatísticos e como não é pedido qualquer tipo de identificação, não existiria forma de saber quem preencheu o questionário. O mesmo aconteceu com o seu preenchimento havia quem fizesse o questionário e deixasse-o a meio, justificando que as questões eram bastante íntimas e não se sentiam a vontade para continuar.

Para futuras investigações sugere-se que seja realizado um estudo a nível nacional com questões mais aprofundadas sobre as intenções de uso do preservativo, porque só possuir uma atitude positiva e conhecimentos em relação ao preservativo não é suficiente.

Também observou-se uma necessidade de questionar sobre a despistagem das IST/VIH, uma vez que os sujeitos com tempo de relacionamento tendem a ignorar o uso do preservativo.

Referências Bibliográficas

- Alferes, V.R. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais*. Porto. Edições: Afrontamento.
- Alferes, V.R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M.R. Simões; M.M. Gonçalves & L.A. Almeida (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol.2, pp.131-148. Braga. SHO/APPOR
- Abramovay, M; Castro, M.G. (2006). Juventude, juventudes: o que une e o que separa. Brasília: UNESCO, 2006. V. 1. P.744
- Antunes, M.T.C. (2007). Atitudes e Comportamentos Sexuais de Estudantes do Ensino Superior. In Silva, B.D; Almeida, L.S. Editors: *VIII Congresso Galaico de Português de psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho
- APF, Associação do Planeamento da Família (2012). Resultados de uma campanha intitulada: *Jogos de Cintura para uma Contraceção Segura*. Recuperado em <http://www.apf.pt>
- Bandura, A. (2008). A teoria social cognitiva na perspectiva da agência. In A. Bandura, R. G. Azzi & S. Polydoro (Orgs.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp.69-95). Porto Alegre: Artmed.
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Gontíes, B. (2004). Uso da Maconha e suas Representações Sociais: Estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em estudo*, 9 (3), 469-477.
- Cunha, S. M., & Carrilho, D. M. (2005). O processo de adaptação ao Ensino Superior e o rendimento académico. *Psicologia Escolar e Educacional*. Volume 9, Número 2 215-224.
- Carvalho, M. & Baptista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 8, 163, 192.
- Cossernelle, C.M.M.R (2007). Estudo comparativo e atitudes face à sexualidade dos jovens, entre adolescentes (15-18 anos) e jovens adultos (19-25anos) que frequentam uma instituição promotora de formação profissional na RAM. Dissertação de Mestrado. Funchal. Universidade da Madeira.

- Correia, F. A. T. (2013). Adolescentes e Sexualidade: Conhecimentos e Atitudes. Tese de Mestrado. Viseu Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade: A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d água Editores
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade: A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d água Editores
- Freud, S. (2001). *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Edições Livros do Brasil
- Filipe, L.A.P.V. (2012). Abertura à Experiencia, Atitudes e Comportamentos em Jovens do Ensino Superior. Mestrado em Sexualidade Humana. Lisboa.2012
- Gomes, Francisco A. (1985). A experiencia do sexólogo, in Planeamento Familiar. Lisboa: APF, 3-5
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. 4 Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gomes, A. (2010.). A influência da representação social do sexo nos comportamentos de risco dos jovens adultos portuguese. Tese de Doutoramento. Universidade do Algarve
- Hendrick, S.S; & Hendricks, H, C (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. The jornal of sex research, 23,502-526
- Helweg- Larsen, M; e Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Documenting the complex of condon use in college students. *Health Psychology*, 13,224-237
- Lucas, J. S. (1993). SIDA: A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses. Lisboa: McGraw Hill de Portugal
- Lima, M. (1993). Atitudes: Estruturas e mudança. In Vala, J. & Monteiro, M.B; Eds. *Psicologia Social*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. Pp 187, 199.
- Lear, D. (1995). Sexual Communication in the age of AIDS: The Construction of Risk and Trust Among Young adolescents. *Social Science & Medicine*, 9,1311-1323
- Lopes, F. Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF
- Lomba, L; Apostolo, J; Loureiro, H; Graveta, J; Silva, M & Mendes, F. (2008). Consumo e Comportamentos Sexuais de Risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependencia*. 14(1), 31-41
- Moita, G. (2003). Essências e Diferenças: Minorias Sexuais ou Sexualidades (im)Possíveis. In Fonseca, L; Soares, C; Vaz, J. (2003). *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar II*. Volume II. Editora: Quarteto

- Munoz-Silva, A; Sánchez-Garcia, M; Nunes, C & Martins, A. (2007). AIDS Prevention in Late Adolescent College Students from Espanha and Portugal. *Journal of the Royal Institute of public Health*, pp 1-9.
- Ministério da Saúde (2010). Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde. [Http://www.portaldasaude.gov](http://www.portaldasaude.gov).
- Ministério da Saúde (2015). Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasil: Instituto Nacional de Saúde. Consultado em [Http://www.blog.saude.gov.br/dc4fgz](http://www.blog.saude.gov.br/dc4fgz)
- Neto, F (2004). Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização de Preservativo. *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra. Psychologica*, 36,219-234.
- Nodin, N. (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em fins do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nodin, N. (2002). Sexualidade de A a Z. Editora Bertrand. 2002.
- Nodin, N. (2005). Saúde sexual e Reprodutiva Características e Contextos, In Leal, I (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Editora: Fim de Século. Lisboa.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Editora: Climepsi. Lisboa
- Pais, J.M. (1998). Vida amorosa e sexual. In J.M.Pais et al. *Gerações e valores na sociedade portuguesa* (407,465). Lisboa- Universidade de Lisboa
- Piscallo, I. Serafim. I. & Leal, I. (2000). Representações Sociais da Educação Sexual em Adolescentes. *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Polydoro, S. A.J. (2000). O Trancamento de Matrícula na Trajectória Académica do Universitário: Condições de Saída e de Retorno. Tese de Doutoramento em Educação. Universidade de Campinas. Brasil
- Pombo, V. (2003). Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis. In a Sexologia- perspectiva multidisciplinar. Fonseca, L; Soares, C; Vaz, M. (2003). Editora. Quarteto
- Plummer (2005). Male Sexualities. In M.S Kimmel, J. R. Hearn, & R.W. Connell (Eds), *Handbook of Studies on Men & Masculinities*(pp.178-193).Thousand Oaks. London, New Delhi: Sage Publications.

- Ramos, V; Carvalho, C. & Leal, I. (2005). Atitudes e Comportamentos Sexuais de Mulheres Universitárias: A hipótese do Duplo Padrão Sexual. *Análise Psicológica* 23(2) : 173-186
- Ramos, R. D; Eira, C; Martins, A; Machado, A. Bordalo, M & Polónia, Z. (2008). Atitudes, conhecimentos e comportamento face à sexualidade numa população jovem de Matosinhos. Lisboa
- Reis, M.(2012). Promoção da Saúde em Jovens Universitários portugueses: Conhecimentos e Atitudes Face a Contraceção e a Prevenção das ISTs. Tese de Doutoramento. Faculdade Técnica de Lisboa
- Souza, M.F.G (2000). Sexualidade na adolescência: comportamentos, conhecimentos e opiniões e atitudes de adolescentes escolarizados. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto
- Silva, M. M. C. (2008). Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de estudantes do 1º ano do Ensino Superior e seus correlatos. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de mestre em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, orientado pela Professora Doutora Rute Meneses, Porto.
- Quartilho, J.M. (2003). Sexualidade e Construcionismo Social: A propósito dos Scripts. In Fonseca, L; Soares, C; Vaz, J. (2003). *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar II*. Volume II. Editora: Quarteto
- Terki,F; Malhotra, U. (2004).Linhas de Orientação Médicas e de Prestação de Serviços. Para Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva. Edição: APF. Lisboa, 2004
- Vilar, D. (1999). A Procura da Sociologia, In Carreiras, H; Freitas, F. e Valente, I. (org.). *Profissão Sociólogo*. Oeiras: Celta
- Vilar, D. (2003). Falar disso: *a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Edições afrontamento. Porto
- Vilar, D.(2003).Questões actuais sobre a educação num contexto de mudança. In Fonseca, L; Soares, C; Vaz, J. (2003). *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar II*. Volume II. Editora: Quarteto
- Vaz, A. (2011). Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes face a Sexualidade. Tese de Doutoramento. Universidade da Extremadura. Portugal
- Weeks, J. (1995) *Sexuality*, Londres e N. Iorque, Routledge

Anexos

Anexo I: Carta do pedido de autorização às instituições

Lisboa __/__/__

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados

Ex. mo/a Senhor/a:

Meu nome é Adriana Bonfim dos Santos Timóteo, sou aluna do curso de Mestrado Transdisciplinar em Sexualidade, com especialidade em Psicologia da Sexualidade, na Escola de Psicologia da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Neste momento encontro-me inscrita e na fase de elaboração do projecto de mestrado, com o tema “comportamento sexual, atitudes face a sexualidade e ao uso do preservativo dos jovens universitários, sob a orientação do Professor Doutor Miguel Faria.

Este estudo tem como objectivo avaliar a sexualidade, as atitudes, a negociação e comportamento dos jovens face o uso do preservativo.

Venho assim solicitar a colaboração de V.Ex.^a para a recolha de dados necessários para este estudo, assegurando que os dados recolhidos se destinam exclusivamente a objectivos de investigação científica, garantindo-se a confidencialidade e anonimato previsto pelo código ético e deontológico da Psicologia.

Agradeço antecipadamente a colaboração de V. Ex. a, com os melhores cumprimentos,

Docente: _____

Estudante: _____

Anexo II: Consentimento informado



Investigação sobre Comportamento Sexual, Atitudes face à Sexualidade e ao uso do Preservativo dos Jovens Universitários.

Consentimento Informado

Mestranda: Adriana Bonfim dos Santos Timóteo

Orientação Científica: Professor Doutor Miguel Nuno Pereira Silva Faria

Caro(a) participante, o presente questionário serve como base para um estudo académico referente a uma dissertação de Mestrado Transdisciplinar da Sexualidade, com especialização em Psicologia da Sexualidade. A finalidade deste estudo centra-se sobre o Comportamento Sexual, atitudes face à Sexualidade e o uso do Preservativo dos Jovens Universitários.

A sua participação é voluntária, anónima e confidencial, só peço que seja o mais sincero possível.

A sua tarefa consiste em preencher o questionário e para tal certifique-se que responde a todos os itens. Não há respostas certas ou erradas no entanto, a sua colaboração é muito importante. O objectivo são os resultados do grupo, servindo estes apenas para tratamento estatístico.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração e tempo despendido.

Anexo III: Protocolo de avaliação

Dados Sociodemográficos

(Assinale a sua resposta com um X)

Idade: _____anos

Sexo: Feminino ()

Masculino ()

Estado Civil:

Solteiro/a ()

Casado/a () União de facto ()

Separado (a)/divorciado/a ()

Viúvo/a ()

Zona de residência: Rural ()

Urbano ()

Religião: Católica ()

Sem religião ()

Outra. Qual? _____

Nível de prática religiosa: Regular ()

Irregular ()

Não praticante ()

Curso: _____

Estatuto Profissional: Estudante ()

Trabalhador/a estudante ()

Questões da Historia Sexual

Já iniciou a sua relação sexual completa? Sim () Não ()

(Considere relação sexual completa as que envolvem penetração, seja vaginal ou anal).

Se sim quais? (assinale com um x as que já praticou)

Vaginais () Anais () Ambas ()

Orientação sexual:

Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outro ()

Já frequentou ou frequenta consulta de planeamento familiar? Sim () Não ()

Utiliza algum método contraceptivo? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Actualmente tem uma relação? Sim () Não ()

Se sim, há quanto tempo?(meses) _____

Ao longo da sua vida sexual, quantos foram os seus parceiros?_____

(considere sexo vaginal, oral e anal. Relações esporádicas e permanentes)

Quantos foram os seus parceiros nos últimos 6 meses?_____

Quantos parceiros sexuais teve no último mês?_____

Com que idade teve a primeira relação sexual completa?_____

E que idade tinha o/a seu/sua parceiro/a?_____

Sem ser no âmbito das aulas, já assistiu a sessões de educação para saúde sobre temas relacionados com a sexualidade?

Nunca () Raramente () Algumas vezes () Muitas vezes ()

Comportamento de uso do preservativo__ Última relação sexual

Recorde-se da sua última relação sexual. Utilizou preservativo? (Considere a questão para relações vaginais, orais e/ou anais).

Sim () Não ()

Comportamento de uso do preservativo_ situação de não utilização nos últimos 6 meses.

Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, nos últimos 6 meses.

Nunca usei()

Usei algumas vezes()

Usei sempre()

EMARUP (Félix Neto, 2004)

Leia atentamente cada uma das afirmações seguintes sobre a saúde sexual. Utilize a seguinte escala de resposta de (1 a 7) para exprimir o seu grau de acordo ou desacordo:

1.Fortemente em desacordo	5.Ligeiramente de acordo
2.Em desacordo	6. De acordo
3.Ligeiramente em desacordo	7.Fortemente de acordo
4.Nem de acordo, nem em desacordo	

1.Os preservativos não proporcionam uma protecção segura.	1	2	3	4	5	6	7
2.Os preservativos constituem um método eficaz de controlo dos nascimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3.Os preservativos constituem um método eficaz para prevenir a propagação da SIDA e de outras doenças transmitidas sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
4.O preservativo é uma forma de contracepção altamente satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7
5.Penso que os preservativos são um modo excelente de contracepção.	1	2	3	4	5	6	7
6.Os preservativos não são seguros.	1	2	3	4	5	6	7
7.O uso de preservativo pode tornar o sexo mais estimulante.	1	2	3	4	5	6	7
8.Os preservativos arruinam o acto sexual.	1	2	3	4	5	6	7
9.Os preservativos são desconfortáveis para ambos os parceiros.	1	2	3	4	5	6	7
10.Os preservativos são muito divertidos.	1	2	3	4	5	6	7
11.O uso de um preservativo representa uma interrupção dos preliminares sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
12.É muito embaraçoso comprar preservativos.	1	2	3	4	5	6	7
13.Quando tenho necessidade de preservativos, receio muitas vezes o facto de ter de os procurar.	1	2	3	4	5	6	7
14.Não penso que seja incómodo comprar preservativos.	1	2	3	4	5	6	7
15.Seria embaraçoso ser visto(a) a comprar preservativos numa loja.	1	2	3	4	5	6	7
16.Sinto-me sempre realmente pouco à vontade quando compro preservativos.	1	2	3	4	5	6	7
17.Quando sugiro utilizar um preservativo, estou quase sempre embaraçado(a).	1	2	3	4	5	6	7
18.É verdadeiramente difícil levantar a questão do uso do preservativo com o(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6	7
19.É fácil sugerir ao(à) meu(minha) companheiro(a) que utilizemos um preservativo.	1	2	3	4	5	6	7
20.Sinto-me à vontade quando falo de preservativos com o(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6	7
21.Nunca sei o que dizer quando e o(a) meu(minha) companheiro(a) devemos falar de preservativos ou de uma outra protecção.	1	2	3	4	5	6	7
22.Se um casal está a ponto de fazer amor e o homem sugere a utilização de um preservativo, é menos provável que faça amor.	1	2	3	4	5	6	7
23.Os homens que sugerem a utilização de um preservativo são verdadeiramente aborrecidos.	1	2	3	4	5	6	7
24.As mulheres pensam que os homens que utilizam preservativo são asquerosos.	1	2	3	4	5	6	7
25.Uma mulher que sugere a utilização de um preservativo confia no seu(sua) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6	7
26.As pessoas que sugerem o uso do preservativo são um pouco ridículas.	1	2	3	4	5	6	7

EAS (Alferes, V. 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau em que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Faça um círculo à volta do número apropriado, atendendo às seguintes significações:

1.Completamente em Desacordo	2.Parcialmente em Desacordo	3.Não sei/Nem Concordo nem Descordo	4.Parcialmente de Acordo	5.Totalmente de Acordo
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------	------------------------

1	Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
2	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável	1	2	3	4	5
3	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
4	O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
5	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
6	O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
7	As “aventuras sexuais” de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis	1	2	3	4	5
8	As mulheres deviam partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
9	É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
10	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
11	É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
12	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
13	As relações sexuais como simples troca de “serviços”, são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
14	A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
15	O melhor sexo é que o se faz na ausência de quaisquer “compromisso”.	1	2	3	4	5
16	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana.	1	2	3	4	5

17	A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
18	O sexo é, principalmente, uma actividade física.	1	2	3	4	5
19	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa, não gostando muito dessa pessoa	1	2	3	4	5
20	Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	1	2	3	4	5
21	O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
22	O orgasmo é a melhor experiencia do mundo.	1	2	3	4	5
23	É correto “pressionar” alguém a ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
24	A masturbação é algo agradável e inofensiva.	1	2	3	4	5
25	É bom ter uma prolongada experiencia sexual pré-marital.	1	2	3	4	5

26	Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor “estado de espírito”.	1	2	3	4	5
27	As “aventuras extraconjugais” são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
28	Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
29	O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
30	O sexo é geralmente uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
31	Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
32	O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
33	A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
34	Usar “instrumentos e objectos sexuais” quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
35	O sexo apenas como forma de “descarga” física é bom.	1	2	3	4	5
36	Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
37	O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
38	O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
39	As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
40	O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
41	Para que o seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
42	Fazer sexo é fundamentalmente bom.	1	2	3	4	5
43	A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

FIM!

Muito Obrigada!

Adriana Timóteo.